VOL. 26 N.º 4

ANAIS BRASILEIROS

DE

DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

DEZEMBRO DE 1951

PUBLICAÇAO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

- ABCESSOS FRIOS
- ABCESSOS GANGLIONARES
- OSTEÍTES
- ÓSTEO-ARTRITES
- ADENITES CERVICIAIS
- ADENITES INGUINAIS

A atual substância modificadora dos fócos tuberculosos:

Inverte a fórmula leucocitária, transformando os processos crô nicos ou tórpidos em processos de rápida evolução para a cura

INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL

RUA FERREIRA PONTES 148 · RIO DE JANEIRO

COPIOSA LITERATURA NACIONAL E ESTRANGEIRA
A' DISPOSIÇÃO DOS INTERESSADOS

"Torres" apresenta...

Dois Padrões

METRO - PADRÃO DO SISTEMA MÉTRICO DECIMAL
ACETYLARSAN - PADRÃO DOS ARSENICAIS INTRAMUSCULARES

•

SÍFILIS EM TÔDAS AS FORMAS E PERÍODOS
TRATAMENTO DE ATAQUE
CURA DE CONSOLIDAÇÃO

ACETYLARSAN PARA ADULTOS
Solução a 23,6% de produto ativo
Caixas de 10 e de 100 ampolas de 3 cm³

ACETYLARSAN INFANTIL
Solução a 9,4% de produto ativo
Caixas de 10 e de 100 ampolas de 2 cm³

ACETYLARSAN

PADRÃO DOS ARSENICAIS INTRAMUSCULARES

★ CORRESPONDÊNCIA: **RHODIA** — CAIXA POSTAL 95-B - SÃO PAULO ★

SIFILIS

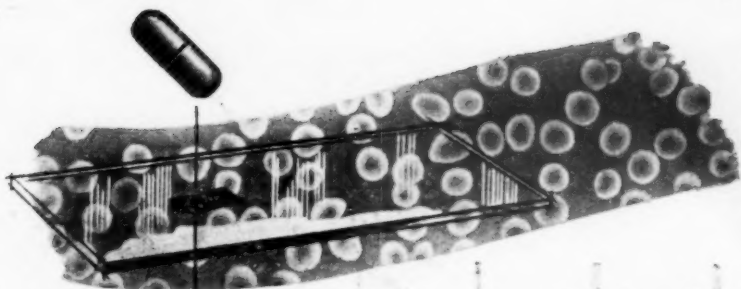
NATROL

TÁRTARO BISMUTATO DE SÓDIO HIDRO-SOLÚVEL

"A"
10,5 mg de Bi
em 2 cm3

"B"
21 mg de Bi
em 2 cm3

ALTO ÍNDICE TERAPÊUTICO
AÇÃO RÁPIDA
AUSÊNCIA DE FENÔMENOS TÓXICOS

LABORATÓRIO CLÍNICO SILVA ARAUJO S. A.
CAIXA POSTAL 163 - RIO DE JANEIRO

Para tôdas as anemias comuns...

B_{12}, ÁCIDO FÓLICO, FERRO e VITAMINA C numa só cápsula

Rubraferato fornece 4 fatores anti-anêmicos essenciais numa só cápsula. O Rubraferato, portanto, oferece terapêutica específica para tôdas as anemias comuns. Vitamina B_{12} e Ácido Fólico são necessários para a maturação normal dos megaloblastos... Vitamina C e Ferro são necessários para o período normoblástico. O Rubraferato é um agente nutritivo e estimulante, que age sôbre tôda a área de produção de hemacias.

RUBRAFERATO é marca registrada de E. R. Squibb & Sons

CADA CÁPSULA DE RUBRAFERATO CONTÉM:

Vitamina B_{12}	4,17 microgramas
Ácido Fólico	0,28 miligramas
Sulfato Ferroso dessec.	130 miligramas
Ácido Ascórbico	50 miligramas

Rubraferato

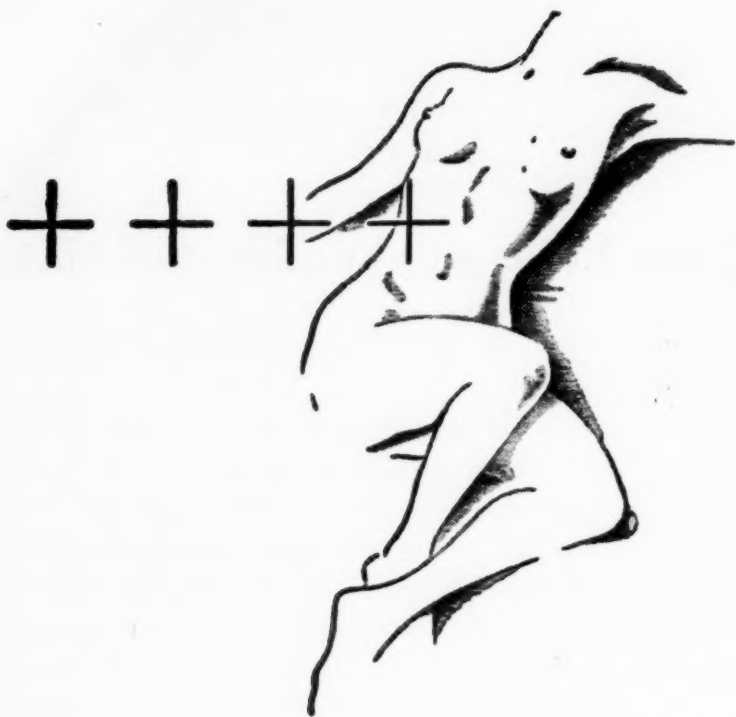
VITAMINA B_{12}, ÁCIDO FÓLICO, FERRO E VITAMINA C - SQUIBB

SQUIBB — A SERVIÇO DA CLASSE MÉDICA DESDE 1858

8174

Neosalvarsan
BAYER
BAYER

ANAIS BRASILEIROS

DE

DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

VOLUME 26 (1951)

PUBLICAÇAO TRIMESTRAL DA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO — BRASIL

Sumário do Vol. 26 (1951)

N. 1 (Março)

PÁGS.

ARTIGOS ORIGINAIS:

N. 2 (Junho)

ARTIGOS ORIGINAIS:

NOTA CLINICA:

N. 3 (Setembro)

TRABALHOS ORIGINAIS:

N. 4 (Dezembro)

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia

VOL. 26 || DEZEMBRO DE 1951 || N.º 4

Investigação alergo-dermatológica na indústria gráfica

E. Brum Negreiros

Ao estudarmos os resultados dos testes de contacto em relação às substâncias testadas, isto é, procurando avaliar a capacidade eczematogênica intrínseca dessas mesmas substâncias, encontramos porcentagens cuja apreciação é difícil sob o ponto de vista absoluto. Na estatística de uma clínica dermatológica as porcentagens de frequência de reações obtidas, com cada substância individualmente, ou com um grupo de substâncias, não se pode permitir uma comparação irrestrita por falta de homogeneidade entre os valores, uma vez que a escolha das substâncias testadas obedece a critérios diversos (alergia profissional, alergia medicamentosa, alergia por cosméticos, etc.). Procuramos, então, estabelecer bases para os trabalhos comparativos futuros, pesquisando a *capacidade sensibilizante intrínseca* de uma substância, *eliminando o fator doença*.

Para isso, procuramos testar um grupamento humano sadio, fração de uma população operária do Rio de Janeiro, escolhendo uma indústria tipográfica pelas vantagens de ordem analítica que a organização dessa indústria apresentava ao nosso estudo. Assim, se na verdade encontramos operários, que pela natureza de seu trabalho estão mais expostos a substâncias de capacidade alergizante reconhecidamente alta (trabalhadores em "off-set", foto-gravação, etc.), ao lado de operários não especialisados empregados em tarefas auxiliares secundárias, sem exposição alergênica específica de importância, oferecendo um vivo contraste entre a exposição profissional pròpriamente dita e a exposição normal de uma amostra de população. Ainda sob êsse mesmo ponto de vista, selecionamos substâncias que atendessem às características dêsses dois grupos, isto é, frequentes contactantes na indústria gráfica e grandes responsáveis por dermatites de contacto medicamentosas na população.

Trabalho apresentado na VIII Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros (Poços de Caldas — Setembro de 1951).

Encarregado da Secção de Alergia da Clínica Dermatológica da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (Chefe: Prof. J. Ramos e Silva).

MATERIAL E MÉTODOS

Assim classificamos os indivíduos examinados:

1 — *trabalhadores especializados*, empregados em litografia, fotografia, impressão e desenho. Ao todo, 90 operários;

2 — *trabalhadores não especializados*, empregados em escritório, secção de corte-vinco, encadernação, mecânica e serventes. Ao todo, 102 operários;

3 — *embaladores*, empregados exclusivamente em embalagem e entrega. Ao todo, 30 operários.

Escolhemos as seguintes substâncias a testar:

A — "*contactantes frequentes na indústria gráfica*" (parafenilenodiamina a 2 % em óleo de oliva, bicromato de potássio a 0,5 % em água e terebentina a 50 % em óleo de oliva);

B — *alergenos medicamentosos frequentes na população* (pomadas comerciais de sulfanilamida, de penicilina e óxido amarelo de mercúrio);

C — novocaína a 2 % em água, na qualidade de elemento químico de ligação (radical para-amino) entre a parafenilenodiamina e as sulfas, no que concerne ao fenômeno da sensibilização cruzada.

Empregamos o seguinte método:

Exame clínico, roentgenfotográfico e dermatológico em todos os indivíduos testados (225 indivíduos); e

Teste de contato padrão, com leitura em 48 horas, 96 horas e revisão com 10 dias.

RESULTADOS

Desprezando o aspecto clínico e radiológico, por fugirem às finalidades dêste nosso trabalho, passamos a apresentar os resultados de nossa pesquisa no setor alergo-dermatológico.

Encontramos 3 casos de eczema de mãos e antebraços, sendo dois entre os gráficos e um entre os trabalhadores não especializados, mas todos consequentes à sensibilização por derivados de cromo. Os dois gráficos estavam sensibilizados ao bicromato de amônio, componente de uma pasta especial, e o trabalhador (pedreiro) sensível ao bicromato de potássio. O caráter profissional ficou estabelecido pelo afastamento do trabalho com cura das lesões e reaparecimento pela exposição.

Identificamos dois casos de ulcerações nas mãos e ante-braços de operários impressores, que obedeciam às características dos chamados "botões de cromo", e ainda um caso de foliculite com a mesma

provável etiologia, os quais, juntos com alguns outros, constituirão comunicação à parte.

Em 225 indivíduos testados, encontramos 28 que mostravam reações positivas indiscutíveis, de + a +++, para uma ou mais substâncias testadas, ou seja 12,04 %, desdobrando-se em 14,4 % para os operários especializados (gráficos), 9,8 % para os operários não especializados e 15,15 % para o grupo das embaladoras, constituído ùnicamente por mulheres (quadro I).

O bicromato de potássio foi positivo em 16 indivíduos, a parafenilenodiamina em 15, o óxido amarelo de mercúrio em 2, e a sulfamida em 1. Não encontramos reação positiva para a penicilina, terebentina e novocaina.

No único caso positivo à sulfamida, também havia reação à parafenilenodiamina, não existindo, portanto, sensibilização cruzada completa ao radical para-amino, uma vez que a pesquisa com novocaina foi negativa.

Ao ser feita a revisão dos testados, com 10 dias, encontrou-se reação positiva em 3 indivíduos que antes nada apresentavam no local do teste, correspondente à parafenilenodiamina.

QUADRO I

		M	*F*	*B*	*P*	*N*	*—20*	*—30*	*—40*	*—40*
Trabalhadores especializados (gráficos)	positivo	13	0	11	2	0	1	4	1	7
	negativo	87	0	57	17	3	24	33	15	5
	total	90	0	68	19	3	25	37	16	12
Trabalhadores não especializados	positivo	10	0	6	3	1	2	7	1	0
	negativo	92	0	53	19	12	21	35	17	19
	total	102	0	59	22	13	23	42	18	19
Embaladoras	positivo	0	5	3	1	1	0	3	1	1
	negativo	0	28	15	9	4	4	14	5	5
	total	0	33	18	10	5	4	17	6	6

COMENTARIO

Morfològicamente, os eczemas dos operários nada de especial apresentavam, valendo, entretanto, referir que o pedreiro apresentava também eczematização nos tornozelos e dorso dos pés, o que explica e reforça a etiologia profissional. Os dois gráficos trabalhavam na secção de fotolito: o mais velho, branco, com 53 anos de idade,

trabalhava na profissão há 30 anos, e, nos últimos 3 anos, na secção de fotolito. O segundo, também branco, com 32 anos, era um antigo auxiliar de escritório e trabalha em fotolito há 5 anos. Esta secção emprega 15 operários e os doentes eram os únicos que apresentavam teste positivo para o bicromato. Investigando mais as condições de trabalho, apuramos que os mesmos executavam especìficamente uma determinada tarefa em que o contacto com o bicromato era tão intenso que já havia recomendação do uso de luvas, o que, entretanto, não era obedecido. Presentemente, ambos estão curados, já reassumiram o trabalho e com o uso de luvas de borracha não mais reapareceram as lesões.

Segundo Engelhtardt e Mayer (citados por Pirila e Kilpio — 1), o tempo necessário para o desenvolvimento da sensibilização aos cromatos é, em média, 6 a 8 meses. E na casuística de Pirila e Kilpio (1) constando de operários em fábrica de válvulas para rádios, as reações e a doença surgiram com muito mais rapidez, acentuando o autor a importância que teve a exposição intensa ao cromo, informando ainda que os acidentes cessaram depois de tomadas medidas de proteção.

A frequência de sensibilização ao cromo, no material de Bonnevie (citado por Pirila e Kilpio — 1), é de 5,5 % sendo curioso notar na literatura que quanto mais antigas as estatísticas maiores as porcentagens, o que acentua a necessidade e evidencia as vantagens das medidas de proteção ao operário em cromo.

No que tange a características individuais em relação aos testes, cabe-nos comentar o seguinte: os indivíduos de raça branca, em um total de 145, apresentaram 20 reações; os pardos, em número de 51, apresentaram 6 reações; e os 21 negros, mostraram 2 reações, sendo de notar que dos 3 eczemas, 2 eram em brancos e 1 em pardo. De outro lado, a distribuição de trabalho na indústria estudada permitiu-nos apreciar isoladamente o fator sexo, uma vez que a secção de embalagem era composta exclusivamente de mulheres e os resultados encontrados são semelhantes aos de outros observadores. A superioridade percentual dos operários especializados sôbre os não especializados é relativamente pequena, ressaltando de um lado o fator exposição e de outro os progressos da higiene industrial na fábrica que estudamos. Um estudo mais demorado do quadro apresentado, porém, mostra-nos que, em relação aos grupos etários, há acentuada supremacia dos gráficos (8 em 28) sôbre os trabalhadores (1 em 35) de mais de 30 anos de idade. Essa diferença desaparece e mesmo tende para o lado dos trabalhadores quando se analisa o grupo moço (9 em 65 contra 5 em 62 gráficos). A existência de dois casos de eczema e o maior número de reações entre os gráficos "velhos" coloca finalmente no devido lugar a importância, grande, do fator exposição.

Estudamos no presente trabalho indivíduos considerados sadios, fração de população operária do Distrito Federal. Surpreende-nos o

fato de não ter sido encontrada nenhuma reação positiva para a terebentina e para a penicilina, a primeira enormemente difundida na indústria e no uso doméstico, e a segunda de tão exagerada aplicação leiga. Encarando êsse resultado sob o ponto de vista bio-estatístico, de acôrdo com as tabelas de Henderson e Riley (2), encontramos um índice de sensibilização absoluto de cêrca de 1,2 % para uma amostra de 225 indivíduos, o que demonstra a relativa inocuidade dessas substâncias, contrariando a impressão geral. Da mesma maneira e sob o mesmo ponto de vista, os sais de mercúrio apareceram como maiores sensibilizantes que as sulfas, apresentando respectivamente índices de 2,4 % e 1,8 %. As porcentagens altas encontradas por Sulzberger (3), em seu trabalho sôbre sensibilização a sulfas, não podem ser comparadas com as que apresentamos porque faziam referência a indivíduos com doença de pele e sob terapêutica sulfamídica intensiva.

De há muito nos vem preocupando a frequência de reações positivas encontradas para o bicromato de potássio (componente constante de nossa bateria de "patch-test standard") e já em trabalhos anteriores, sem nos preocupar a especificidade dessas reações, chamamos a atenção para o fato. Com os resultados obtidos no presente trabalho, vemos confirmada plenamente a nossa impressão. O bicromato de potássio forma ao lado da parafenilenodiamina como um dos maiores sensibilizantes conhecidos, não chegando, entretanto, à condição de "irritante primário". O encontro de reações super-retardadas para a parafenilenodiamina (positivas com 10 dias), realizando a chamada "exacerbação espontânea", explica-se pela presença de resíduos da substância no local do teste e mostra o tempo de incubação da reação alérgica tipo contacto para essa substância. A não existência de fenômeno semelhante com o bicromato de potássio indicaria que o mesmo não se fixa na superfície com a mesma intensidade que a outra ou que o seu poder sensibilizante é inferior, o que nos parece mais aceitável.

No único caso em que havia reação positiva para sulfa e concomitante para a parafenilenodiamina, o teste com novocaína foi negativo. Temos a impressão que êsse fenômeno varia na razão inversa do poder sensibilização da substância. Dêsse modo, um doente sensível ùnicamente à parafenilenodiamina, dificilmente daria reação positiva para outras substâncias com radical para-amino e de poder sensibilizante inferior. Inversamente, a novocaína e outras, de pequeno poder sensibilizante, uma vez alergizando o indivíduo, torná-lo-ão apto a reagir à parafenileno e provàvelmente à sulfa.

RESUMO

O autor teve ocasião de testar 225 indivíduos trabalhando em uma indústria gráfica do Rio de Janeiro. As substâncias utilizadas foram aquelas que principalmente ocorrem naquela indústria e mais alguns alergenos de importância verificada na produção de dermatites de contacto.

A tabulação de resultados mostra que a sensibilização evidenciada pelos testes é muito maior no grupo dos gráficos pròpriamente ditos, isto é, naqueles operários que lidam com sais de cromo e tintas de anilina do que nos trabalhadores não especializados, normalmente a salvo de tais exposições. O sexo feminino e a raça branca figuram com destaque.

Assinala a grande importância dos cromatos como sensibilizantes e apresenta 3 casos de eczema profissional com essa etiologia, relatando também a existência de dois casos do chamado "botão de cromo".

CITAÇÕES

1 — Pirila, V., e Kilpio, O.: Dermatosis caused by bichromates. Acta dermat.-venereol. 29:550, 1949.

2 — Henderson, C. R., e Riley, E. C.: Certain statistical considerations in patch testing. J. Invest. Dermat. 6:227, 1945.

3 — Sulzberger, M., Kanof, A., Baer, R. L., e Lowenberg, C.: Sensibilization by topical application of sulfonamides. J. Allergy, 18:92, 1947.

Endereço do autor: av. Almte. Barroso, 97, s. 704 (Rio).

Difteria cutânea com localização nos genitais externos masculinos

L. M. Bechelli e L. Baptista

As primeiras observações de difteria cutânea datariam de mais de quatro séculos, tendo sido descritas já por Paracelso (Landé, cit. Rabello, 1). A primeira descrição clássica da afecção teria sido feita por TROUSSEAU, em 1830, e o primeiro caso bacteriològicamente comprovado foi o de NEISSER, 1891 (Vigne, 2).

E' relativamente elevado o número de publicações sôbre o assunto, atingindo a muitas centenas os casos já observados. Grande número dêles foram evidenciados durante epidemias de difteria e nas guerras mundiais de 1914 e 1939.

Dentre os trabalhos publicados, para citar apenas alguns, mencionaremos inicialmente os de BIBERSTEIN (3), que estudou profundamente o assunto, tendo estabelecido uma classificação clínica que é mencionada por quasi todos os autores.

Considera como formas básicas da difteria cutânea:

A — Formas epidérmicas e epidermo-cutâneas:
- 1) — Piodermíticas:
  - *a*) Impetiginosa;
  - *b*) Ectimatosa.
- 2) — Eczematóide.

B — Formas cutâneas, cutâneo-sub-cutâneas e profundas:
- 1) — Ulcerosa;
- 2) — Flegmonosa;
- 3) — Gangrenosa.

C — Panarício.

Ao lado dêstes quadros clínicos principais, BIBERSTEIN considera:
- 1) — Forma pseudo-membranosa;
- 2) — Combinações e mutações;
- 3) — Formas típicas.

Livre-docente (L.M.B.) e assistente (L.B.) da Clínica Dérmato-sifilográfica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (Serviço do Prof. A. PUPO).

A apreciação da classificação acima nos dá a idéia do poliformismo da difteria cutânea, sendo no entanto mais frequentes as manifestações de tipo eczematoso, de acôrdo com o próprio BIBERSTEIN (3), DARIER, CIVATTE e TZANCK (4).

A dermite eczematiforme situa-se, sobretudo, em tôrno dos orifícios das cavidades mucosas nas quais se localiza a difteria.

A multiplicidade de aspectos clínicos torna o diagnóstico da difteria cutânea difícil nos casos em que as lesões assumem o aspecto de impetigo, ectima, eczema ou de simples úlcera, devendo então recorrer-se ao exame bacteriológico e tomar em consideração o conjunto dos dados clínicos, imunológicos, histopatológicos e epidemiológicos.

LIVINGOOD, PERRY e FORRESTER (5), observaram 140 casos no teatro da guerra indú-birmanês, tendo notado que a afecção se evidenciou como complicação de lesões preexistentes, tais como erosões, picadas, queimaduras, úlceras, ectima, impetigo, epidermomicoses e manifestações eczematosas; entretanto, em muitos doentes, a difteria cutânea se estabeleceu primitivamente.

Emitem a opinião, que é valiosa pelo grande número de casos observados, de que o diagnóstico pode ser feito pelo aspecto clínico da úlcera (forma ulcerosa) e colocam em relêvo o significado diagnóstico da membrana amarelo-acinzentada ou cinza-acastanhada e de um esfacelo coriáceo, aderente, preto ou acinzentado.

Chamam também a atenção para o fato de as lesões persistirem por quatro ou mais meses, a despeito do tratamento com a antitoxina.

Na literatura nacional pudemos reunir vários trabalhos: MARTINHO DA ROCHA JR., em 1927 (6), relata diversos casos de sua observação pessoal, fazendo considerações em tôrno do diagnóstico que, a seu ver, poderia ser firmado por um conjunto de dados, mesmo que faltassem as provas biológicas decisivas.

Em 1928, MURSA (7) observou um caso de difteria vulvar e da pele da região inguinal, não podendo afirmar qual a lesão primária. Tôdas as erosões eram revestidas de falsas membranas acinzentadas e aderentes.

A paciente, com 14 meses de idade, veio a falecer, apesar de ter tomado 20.000 unidades de sôro.

Em 1932, FLORIANO DE ALMEIDA (8) e MAFFEI (9) publicaram separadamente a observação de um caso de difteria ulcerosa localizada no escroto (do cadáver) de uma criança de 22 meses, no qual foram encontradas também lesões laringeanas e faringeanas. Os germes foram corados pelo método de Goodpasture. ALMEIDA (8) assinala que as lesões diftéricas são raras entre nós.

G. MATTOS e DELLA LATTA, 1937 (10), apresentam um caso de difteria cutânea e vulvar em criança de 7 anos de idade. Apresentava a paciente erosão na face interna das coxas. A pesquisa e cultura de bacilos diftéricos no material das vias aéreas superiores foi negativa. Curou-se com seroterapia, neosalvarsan e tratamento local.

Ainda em 1937, RABELO (1) faz um completo apanhado do assunto, com exaustiva revisão bibliográfica, referindo 27 casos de difteria cutânea, que haviam sido observados na Secção de Pediatria do Hospital São Sebastião, Rio de Janeiro, de 1931 a 1935.

Em 1941, MANGABEIRA ALBERNAZ (11) publica um caso de difteria do lábio, com mais de cinco anos de duração, resistente a vários tratamentos (208.000 unidades internacionais de sôro, novarsenobenzol e imunização ativa com anatoxina); curou-se com a decorticação com o bisturi elétrico. WERNECK, em 1942 (12), refere 3 casos de difteria cutânea em lactantes; o primeiro, de forma ulcerosa e localização retroauricular; o segundo, também de forma ulcerosa, porém de localização no tronco, expandindo-se para o pescoço; e, finalmente, o terceiro, eczematóide, de localização retroauricular.

Em 1948, RAMOS E SILVA (13), relatou o caso de uma moça que havia 2 anos apresentava placas impetiginadas nas regiões sacra e umbelical, nas nádegas e nas pernas. O exame bacteriológico revelou bacilos do tipo diftérico, porém avirulentos e atoxigênicos. A paciente curou-se com penicilina.

Em São Paulo, por singular coincidência e salvo omissão, só autores não ligados à dermatologia é que comunicaram observações de difteria cutânea. Isso se explicaria pela maior frequência da afecção entre as crianças, sendo elas encaminhadas para as secções de pediatria do Hospital Emílio Ribas.

O nosso caso foi observado no Hospital das Clínicas, Serviço do Professor Aguiar Pupo.

OBSERVAÇÃO

Em 23-1-50, apresentou-se no ambulatório da Clínica Dérmato-Sifilográfica do Hospital das Clínicas (Serviço do Professor A. PUPO) o paciente J. F., com 49 anos, masculino, branco, casado, lavrador, com a queixa de ulceração no escroto, datando de 4 meses. Vinha encaminhado pela Clínica Urológica com o seguinte relatório (21-1-50, Dr. Macedo):

"*Queixa*: — ferida no escroto e no pênis.

Duração: — 4 meses.

H. M. A.: — Informa que há 4 meses notou um pequeno caroço (sic), no hemi-escroto direito, que se transformou em úlcera, dando secreção purulenta abundante. De forma idêntica, apareceram outras ulcerações no escroto. Não sente perturbação alguma à micção.

A. P.: — Nega passado venéreo.

Exame urológico: — Rins não palpáveis, pontos reno-uretrais indolores. Bexiga indolor à apalpação supra-pubiana. Orgãos genitais externos: nota-se ulceração no escroto. Há cicatrizes de processos ulcerosos no pênis e escroto. Testículos e epidimos normais."

Informa o doente que sua moléstia se iniciou no hemi-escroto direito por um pequeno caroço consistente, que logo se ulcerou, eliminando matéria purulenta. Desde então tratou-se com um médico, que lhe fez curativos, cicatrizando-se a lesão. Entretanto, outras surgiram no escroto, sem excreção purulenta, acompanhadas de adenite.

Ao exame dermatológico notam-se 4 ou 5 ulcerações de bordas nítidas, com fundo purulento e alguns pontos negros, necróticos. Infiltrado inflamatório em todo o escroto, de consistência firme. No hemi-escroto direito há

uma cicatriz de ulceração anterior. Foram pedidas as reações de Wassermann e Kahn e prescritas injeções de Arsenox e Bismuto, visto se ter suspeitado de lues. Em 13-4-50, como se apresentasse muito melhorado após ter tomado 0,79 de Arsenox e 15 empôlas de bismuto, foi aconselhado a continuar o tratamento.

Em 24-4-50, após ter tomado mais algumas injeções de bismuto, apresentou-se à consulta com lesões infiltrativas e crostosas no pênis e no escroto. Queixa-se de dores abdominais. Foram suspensas as injeções de Arsenox e prescrito extrato hepático.

Em 5-5-50, persistiam as lesões. Apareceram outras, ulcerativas, circinadas. Foram-lhe prescritas 3 milhões de unidades de penicilina (Wycillin), 300 mil unidades cada 24 horas.

Em 17-5-50, acabou o tratamento penicilínico prescrito e continuava com as ulcerações no escroto. Internação do doente pelo agravamento de sua afecção e do estado geral.

Em 25-5-50, já internado, na face inferior da raiz do pênis notava-se úlcera, medindo cêrca de 3,0 cm. x 2,0 cm., com a forma losângica, recoberta em sua metade anterior por um induto amarelo-esverdeado, intensamente aderente e não destacável pela tração com gaze; na sua metade posterior, o fundo da úlcera é ligeiramente esbranquiçado com induto seroso (fig. 1). As bordas estão em parte no mesmo plano que a pele circundante e em parte saliente, formando uma espécie de ourelo. Em tôrno da úlcera, halo eritêmato-arroxeado, medindo cêrca de 0,5 cm.

No escroto, na vizinhança desta úlcera do pênis, nota-se outra, mais ou menos arredondada, também recoberta, em todo o seu fundo, de induto amarelado e aderente. As bordas elevam-se a 1 mm. do fundo da úlcera e estão situadas no mesmo nível da pele circundante. Na parte central, membrana cinza-escura aderente, com halo eritêmato-arroxeado. Na metade esquerda do escroto, na vizinhança da raiz do pênis, úlcera com a forma de uma pera, com extremidade dirigida para a região pubiana. E' marginalmente recoberta por um induto amarelado; quasi tôda a superfície da úlcera apresenta uma membrana preta, aderente. O halo inflamatório em tôrno dessa lesão é mais extenso. No contôrno anterior a borda é elevada, enquanto no posterior se continua com o fundo da úlcera. Na parte posterior do escroto, à esquerda, ulceração, de forma oval, medindo 3,5 x 2,5 cm., com as bordas se confundindo com o fundo da úlcera no seu contôrno inferior; no contôrno superior as bordas são quasi que talhadas a pique, medindo 4mm. de altura. O fundo da úlcera é recoberto de induto amarelo na parte externa, junto à borda e de membrana negra na sua parte central. Ainda na parte posterior do escroto, mas à direita, úlcera arredondada, medindo cêrca de 1,0 cm. de diâmetro, com os mesmos característicos das outras úlceras já descritas.

Inquérito epidemiológico: — Nada revela quanto à existência de casos de difteria na família ou em conhecidos. Nega ter tido relações "ab ore". Gânglios inguinais discretamente enfartados. Nesta mesma data (25-5-50), já com o diagnóstico de difteria cutânea confirmado pelo exame bacteriológico, solicitamos o exame otorrinolaringológico, do qual resultou a seguinte descrição:

"Não encontramos lesões típicas de difteria nas amídalas, ístmo, orofaringe, nasofaringe e fossas nasais. Abundante exsudato mucopurulento na fossa nasal direita, escorrendo para o cavum. Crostas amarelas ressecadas no meato médio esquerdo. A transiluminação mostrou ligeira opacidade do seio maxilar esquerdo (provável sinusite maxilar)."

Exames de laboratório (por ordem cronológica dos pedidos):

1) Wassermann e Kahn: negativos (23-1-50).

2) Cultura para bacilo diftérico: positiva (19-5-50).

3) Pesquisa do bacilo diftérico no material das úlceras: presença de raros bacilos com a morfologia dos diftéricos (19-5-50).

Fig. 1 (24/5/50)

Fig. 2

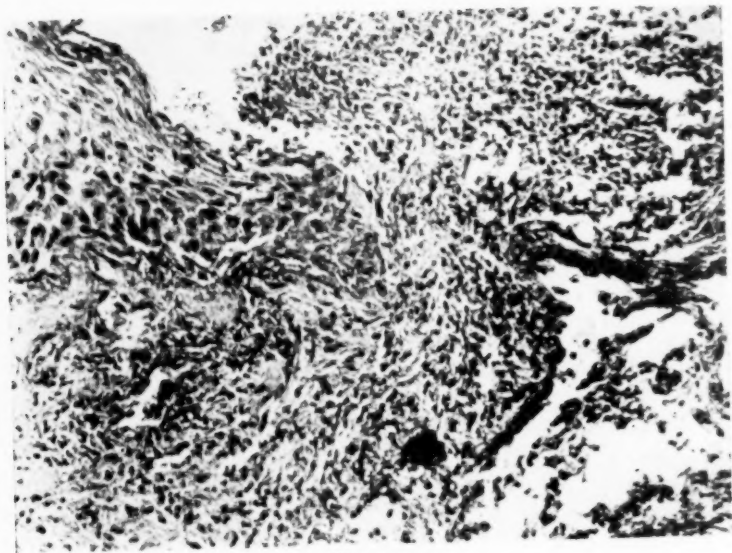



Fig. 3

Fig. 4 (26/7/50)

4) Exame bacteriológico do material das úlceras: Escherichia coli. Streptococus faecalis (19-5-50).

5) Reação de Schick: positiva (10-6-50).

6) Contagem global e específica (26-5-50):
DM: 7,5 micras

Eritrócitos		3.400.000 por mmc.
Leucócitos		6.400 por mmc.
Hemoglobina		6,8 g por 100 ml. (42 %)
V. G.		0,6
Neutrófilos	Metamielócitos	1,0 %
	Bastonetes	17,0 %
	Segmentados	50,0 %
Eosinófilos		8,0 %
Basófilos		0,0 %
Linfócitos	Típicos	12,0 %
	Leucocitóides	5,0 %
	Atípicos	0,0 %
Monócitos		7,0 %
Plasmócitos		0,0 %

Observações: Desvio à esquerda. Eosinofilia. Hipocromia.

7) Fezes: parasitológico (27-5-50). Helmintos: negativo.
Protozoários: cistos de *Endolimex nana*.
Em 31-6-50: ovos de Ancilostomídeos.

8) Urina (27-5-50):
Densidade: 1020. Reação: ácida.
Proteínas: negativa.
Substâncias redutoras: negativa.
Sedimento: Leucócitos: 1 por campo, (au: 430 x), degenerados. Raras células epiteliais de descamação das últimas vias.

9) Kahn e Kline: negativos (31-5-50).

10) Histopatológico, de fragmento de lesão do escroto (9-6-50): Nota-se, na metade do preparado, uma perda de substância, cuja base está representada por tecido necrosado intensamente. O resto do conjuntivo está em proliferação fibroblástica, com neoformação vascular e com dilatação. (B. Zilbelberg). Vide as figuras 2 e 3.

11) Cultura para bacilo diftérico, em material da mucosa faringeana: negativa (9-6-50).

12) Pesquisa para diftéricos, em material da mucosa faringeana: negativa (10-6-50).

13) Contagem global e específica (20-6-50):

Eritrócitos	3.300.000 por mmc.
Leucócitos	3.500 por mmc.
Hemoglobina	7,8 g por 100 ml. (48 %)
V. G.	0,7

Leucopenia. Desvio acentuado à direita. Granulações tóxicas nos neutrófilos. Eosinofilia.

14) Urina (21-6-50):
Densidade: 1024. Reação: ácida.
Proteínas: positiva. 0,8 g/litro.
Substâncias redutoras: negativa.
Sedimento: Hemácias: 50 a 60 por campo (27:430x). Raras células epiteliais de descamação das últimas vias.
Pigmentos biliares: positivo.
Urobilinogênio: negativo.

15) Dos. de bilirrubinas (21-6-50):

1) Bilirrubina direta imediata	6,5mg por 100 ml.
2) Bilirrubina direta total	10,4mg por 100 ml.
3) Bilirrubina indireta	5,3mg por 100 ml.
4) Bilirrubina total	15,7mg por 100 ml.

16) Provas de função hepática (23-6-50):
Takata-ara: positivo — 01232211.
Formol-gel: negativo.
Weltmann: zona de coagulação no tubo n.º 7.
Timol: 3,9 unidades de turvação Mac Lagan.

17) Proteínas e frações, no sôro (23-6-50):

Proteínas totais	5,7 g por 100 ml.
Albuminas	3,8 g por 100 ml.
Globulinas	1,9 g por 100 ml.
Relação A/G	4,2

OBSERVAÇÕES: Fracionamento com sulfito de sódio a 21 %.

18) — Pesquisa de bacilos diftéricos em material da úlcera peniana (em 26-6-50):

Exame direto: positiva.

Aguarde resultado de cultura para diftéricos.

19) Pesquisa de bacilos diftéricos em material da úlcera peniana (em 27-6-50):

Exame direto: negativa.

20) Bilirrubinas (6-7-50):

Bilirrubina direta imediata	1,3 mg por 100 ml.
Bilirrubina direta total	2,2 mg por 100 ml.
Bilirrubina indireta	1,0 mg por 100 ml.
Bilirrubina total	3,2 mg por 100 ml.

21) Provas de função hepática (9-8-50):

Takata-Ara	positiva
Formol-gel	levemente positiva
Timol	3,7 unid. de turvação Mac Lagan
Weltmann	zona de coagulação no tubo n. 6.

22) Bilirrubinas (9-8-59):

Bilirrubina direta imediata	0,3 mg por 100 ml.
Bilirrubina direta total	0,7 mg por 100 ml.
Bilirrubina indireta	0,8 mg por 100 ml.
Bilirrubina total	1,5 mg por 100 ml.

Fig. 5 (8/10/50)

23) Bacteriológico em material da úlcera da coxa direita (6-10-50):
Pesquisa direta: negativa.
Aguarde resultado de cultura para bacilos diftéricos.

24) Cultura para diftéricos em material da úlcera da coxa direita (em 6-10-50):
Positiva.

EVOLUÇÃO

Iniciou o tratamento com o sôro anti-diftérico, em 24-5-50, com 50.000 U. I.

Em 30-5-50, tendo feito 140.000 U. I., notam-se em tôdas as úlceras as falsas membranas menos extensas e menos espêssas, e regressão apreciável do edema do pênis.

Em 1-6-50, aparecimento de pequena úlcera medindo 0,5 cm. de diâmetro na face inferior do pênis, com fundo amarelo escuro.

Em 7-6-50, já com 380.000 U. I. de sôro, nota-se edema intenso do pênis e aparecimento de novas lesões ulcerativas.

Foi prescrito novamente penicilina (já a tinha tomado, anteriormente, no tratamento ambulatório), 300.000 unidades cada 24 horas, e tratamento local com compressas quentes de permanganato de potássio a 1:10.000, 3 vêzes ao dia. A reação de Schick foi positiva.

Em 26-6-50, algumas úlceras evoluiram, perdendo o induto amarelado e cicatrizando quasi completamente, aparecendo, entretanto, outras, com induto amarelo escuro. O pênis está um pouco edemaciado. Foi pedido novo exame bacteriológico. Tomou até esta data 6 milhões de penicilina.

Em 3-7-50, a maioria das úlceras em franca involução. Apenas uma do pênis está recoberta de induto amarelo-cinza, como nas primeiras lesões que teve.

Em 7-7-50, franca involução de tôdas as úlceras, que estão quasi cicatrizadas e de côr rósea, exceto uma na face inferior do pênis, ainda recoberta de membrana cinza escura. Na coxa esquerda, no ponto de contacto desta úlcera, surgiu uma outra com o mesmo aspecto. Estado geral melhorado.

Em 8-7-50, prova de sensibilidade (0,1 cc. de toxóide diluido a 1/20) no braço: eritema 2 cm. x 1,5 cm.

Em 10-7-50: 0,25 cc. de toxóide por via sub-cutânea.

Em 15-7-50: 0,5 cc. de toxóide. Ulcera em involução. Apenas em uma delas resta pequena membrana amarelada. Estado geral muito melhorado. Foram repetidas outras doses de toxóide: 0,5 cc. em 22-7-50 (fig. 4), 1 cc. em 2-8-50.

Em 10-8-50, após terem involuido as úlceras assinaladas, exceto uma do escroto, que está quasi cicatrizada e mede 1 cm. x 1 cm., surgiu uma na coxa direita, por auto-inoculação, e recoberta de induto cinza-escuro. Fez mais 1 cc. de toxóide.

Em 24-8-50, só apresenta uma úlcera de 1 cm. x 1 cm. no escroto, de fundo amarelado, persistindo na mesma a úlcera na coxa direita.

Em 8-10-50 (fig. 5), foi dada alta, com tôdas as úlceras cicatrizadas, exceto a do têrço superior da coxa direita. Estado geral bom.

Deu entrada no Pronto Socorro dêste Hospital em 24-10-50, vindo a falecer 3 dias depois.

Causa-mortis: Insuficiência cardíaca.

Doença: Enfarto do miocárdio.

Diagnósticos anátomo-patológicos: ictericia da pele. Congestão do encéfalo. Artério esclerose. Estrutura colóide difusa da tiróide. Hidrotórax bilateral.

Hidropericárdio: Enfarto do miocárdio. Hipertrofia e dilatação dos ventriculos. Congestão passiva crônica do fígado. Esteatose dos rins. (Necrópsia 10.347).

COMENTÁRIOS

O nosso paciente, quando se apresentou à consulta, era portador de cinco úlceras, das quais uma na raiz do pênis, e as quatro outras no escroto. Tôdas elas apresentavam os seguintes caracteres comuns: eram numulares, de forma arredondada, bordas quasi sempre elevadas, halo eritêmato-arroxeado e recobertas de um induto mais ou menos escuro, aderente. Essas úlceras eram algumas profundas, com as bases duras à apalpação, dando-nos a impressão, no momento, de lesões gomosas. Assim, orientamos inicialmente o tratamento para a lues, com arsenox, bismuto e depois penicilina.

Não notando melhora nas lesões, êsse diagnóstico foi afastado e lembrado o de difteria cutânea: solicitamos o exame bacteriológico, que resultou positivo no exame direto e cultura para bacilos de Loefler.

A *histopatologia* revelou perda de substância, cuja base é representada por um tecido intensamente necrosado, e o resto de conjuntivo em proliferação fibroblástica, com neoformação vascular e dilatação dos vasos (Zilbelberg).

O *diagnóstico diferencial* da úlcera diftérica, pela sua localização perineal ou anogenital, é feito com as úlceras desta região, geralmente venéreas: a úlcera de Ducrey, úlcera adenógena de Nicolas-Favre, câncro sifilítico, úlcera gonocócica, herpes simples, etc. O nosso doente negava terminantemente passado venéreo e os exames bacteriológicos e sorológicos o confirmaram.

Infelizmente não nos foi possível a verificação do comportamento dos germes em relação aos açúcares, nem a realização de provas de virulência, elementos importantes para o diagnóstico etiológico, uma vez que é conhecida a existência de bacilos diftéricos não virulentos, em lesões diversas de outras causas. Nota-se que, nos trabalhos publicados, raros autores documentaram as observações com essas provas. Julgamos que o diagnóstico de difteria cutânea pode ser firmado pelo dermatologista, tendo em conta o conjunto dos dados, sejam êles clínicos, de diagnóstico diferencial, bacteriológicos, histopatológicos, evolutivos e terapêuticos. Para reforçar êste modo de ver, mencionemos o fato conhecido de inoculações de bacilos diftéricos mortais para o homem serem pouco virulentos para o cobaio, enquanto o material obtido de portadores sãos era mortal para o cobaio mesmo em pequenas doses.

Sôbre a frequência com que se apresentam os casos de difteria cutânea divergem as opiniões com as estatísticas publicadas dos diversos serviços, parecendo que ela deve variar conforme a virulência dos casos, a extensão e profundidade dos surtos epidêmicos e certamente ainda outros fatores menos conhecidos. Para demonstração do

que dizemos, aqui reunimos algumas cifras colhidas à leitura de diferentes autores (citados por RABELO — 1):

Autores	*N.º de casos*	*Dif. cutânea*	*%*
Eivine e Schoembaum	91	25	27
Straszynsky	42	11	26
Stux	196	27	25
Lotte Landé	200	44	22
Biberstein	131	30	22
Nyfeld	1.780	213	12
Rabelo	318	27	8,5
Adler	2.217	23	1,3
Reich	7.314	44	0,6"

Nas consultas que temos atendido no Hospital das Clínicas, durante cinco anos, êste foi o primeiro caso de difteria cutânea que viemos a surpreender. Não existe, no fichário da clínica dermatológica, caso algum registrado. Neste paciente os exames otorrinolaringológico e clínico geral não evidenciaram outras lesões de difteria além das localizações nos órgãos genitais. Seria, pois, um caso de difteria cutânea primitiva. Nos dados de LANDÉ (citado por Rabelo — 1), 44 casos de difteria cutânea, 33 (72,2 %) eram primitivos, e nos de STUX, 19 (70,3 %) o eram em 27 (cit. por RABELO — 1). Compulsando 54 fichas em que eram mencionados os dados relativos à difteria cutânea primitiva ou secundária, encontrou 68 % de casos primitivos.

A respeito de serem os casos primitivos ou secundários, as estatísticas podem levar a falsas interpretações, dependendo da composição da amostra. Por exemplo, se nesta entrarem casos predominantemente observados nos serviços de dermatologia, haverá a probabilidade de predomínio dos casos primitivos.

Se, por outro lado, se procurar evidenciar a difteria cutânea em pacientes portadores da difteria das mucosas, possìvelmente haverá predomínio dos casos secundários. Nossa impressão é que os casos da difteria cutânea sejam mais comumente secundários.

Quanto à localização, a mais frequente é na região do períneo, ânus e genitália, sítio das lesões do nosso paciente. O nosso caso incide em homem de 49 anos, o que constitui raridade, pois a prevalência é de 84 % na *primeira infância*, com ligeira predominância no sexo feminino.

Em nosso caso a lesão era do tipo "ulcus" diftérico com falsa membrana. Assinalemos que, segundo RABELO (1), a *forma clínica* mais frequente é a ulcerosa, sendo responsável por 67 % dos casos, merecendo por isso o nome de forma fundamental dado por EIVINE

e SHOENBAUM. Segundo BIBERSTEIN (3), DARIER, CIVATTE e TZANCK (4), a forma eczematosa é a mais comum.

A fonte de contágio não foi descoberta em nosso caso, e, segundo o enfêrmo, não houve caso manifesto de difteria na sua família; não nos foi possível examinar os contactos. Negou ter-se submetido à prática da felação.

Em nosso caso parece que a infecção diftérica se estabeleceu em área de pele sem lesões cutâneas pre-existentes. Entretanto, pode-se explicar o aparecimento de difteria cutânea, mesmo sem efrações visíveis da pele. E' sabido que o traumatismo pode determinar lesões tissulares mínimas, que escapam à observação, mas capazes de admitir infecções cutâneas por contacto. Quando assim não fôsse os condutos sudoríferos ou folículos sebáceos são por si sós capazes de permitir, experimentalmente, a penetração de germes diftéricos virulentos, friccionados na pele. Fato interessante foi o observado por LEITZ (citado por Rabelo — 1), de um portador de germes no faringe, que contraiu panarício diftérico por ser onicófago. O germe, que era virulento no faringe, foi virulento na pele.

Reação de Schick — Na maioria dos casos (70 %) reunidos por RABELO (1) da literatura até então publicada, a reação de Schick era negativa; a negatividade desta reação indicaria certo grau de defesa, sem excluir a possibilidade da infecção cutânea, garantindo-lhe, porém, evolução mais benigna.

No nosso caso, a reação de Schick era positiva, indício de resistência deficiente, o que explicaria o decurso lento e demora na cura.

Por outro lado, o fato de o paciente não apresentar outras lesões (mucosas), aliás mais comuns na difteria, poderia ser explicado por uma organotropia do germe. Segundo RABELO (1), na difteria cutânea haveria, nas formas profundas e superficiais agudas (flegmonosas e gangrenosas), predominância do fator tóxico (Schick positivo) e, nas formas epidérmicas superficiais, equilíbrio dos fatores tóxicos a tendência para negatividade do Schick. Nas diftérides teríamos predominância do fator antigênico.

O tratamento pelo sôro (380.000 U.), associado à penicilina (6 milhões U.) e à anatoxina, durante quatro e meio meses, determinou a regressão das lesões, exceto de uma.

Da única lesão existente foi colhido o material que ainda deu cultura positiva, quando o paciente teve alta, a pedido. Um mês e pouco depois, o doente deu entrada no Hospital das Clínicas com enfarto do miocárdio e veio a falecer. Ainda apresentava a lesão da coxa. E' mister notar a precariedade do tratamento em muitos casos, sobretudo nas formas flegmonosa e gangrenosa.

SUMARIO

Após fazerem uma revisão na literatura, detendo-se particularmente nos trabalhos dos dermatologistas brasileiros, apresentam os autores a observação

de um caso de difteria cutânea. Era o doente portador de cinco úlceras, das quais uma na raiz do pênis e as outras quatro no escroto. Tôdas elas apresentavam os seguintes caracteres comuns: numulares, de forma arredondada, bordas quasi sempre elevadas, halo eritêmato-arroxeado e recobertas de um induto mais ou menos escuro, aderente. A *histopatologia* revelou perda de substância, cuja base é representada por um tecido intensamente necrosado, e o resto de conjuntivo em proliferação fibroblástica, com neoformação vascular e dilatação dos vasos (Zilbelberg). O *diagnóstico diferencial,* pela localização perineal e anogenital das lesões, foi feito com as úlceras desta região. *Exame bacteriológico*: presença de raros bacilos com a morfologia dos diftéricos, tendo sido positiva a cultura. Julgam os autores que o diagnóstico de difteria cutânea pode ser firmado pelo dermatologista, tendo em conta o conjunto dos dados, sejam êles clínicos, diagnóstico diferencial, bacteriológicos, histopatológicos, evolutivos e terapêuticos.

Não foi descoberta a fonte de contágio e, segundo o enfêrmo, não houve caso manifesto de difteria na sua família, não tendo sido possível examinar os contactos. Negou o doente a prática da felação.

O tratamento pelo sôro (300.000 U.), associado à penicilina (6 milhões de unidades), durante quatro meses e meio determinou a regressão das lesões, exceto de uma. Da única lesão existente foi colhido material que ainda deu cultura positiva, quando o paciente teve alta, a pedido. Um mês e pouco depois o doente faleceu com enfarto do miocárdio. Chamam os autores a atenção para a precariedade do tratamento em muitos casos, sobretudo nas formas flegmonosa e gangrenosa.

Parece aos autores que em São Paulo, por singular coincidência e salvo omissão, só autores não ligados à dermatologia é que comunicaram observações de difteria cutânea, o que se explicaria, talvez, pela maior frequência da afecção entre as crianças, sendo estas encaminhadas para os serviços de pediatria e ao Hospital Emílio Ribas.

SUMMARY

After a review of the litterature, especially of the Brazilian papers the authors report a case of cutaneous diphteria.

The pacient had five ulcers, one on the penis and four on the scrotum. All of them were numular, round, with elevated edges and with a dark adhere membrane. Histopathological study showed a loss of tissue, with necrosis, fibroblastic proliferation and neoformed dilated blood vessels. The bacteriological examination was positive for the Klebs-Loeffler bacillus.

The source of infection was not discovered and according to the pacient there was no evident case of diphteria in his family. There was no history of fellatorism.

All the lesions but one cleared up upon administration of diphteria serum (300.000 I. U.) and anatoxin, associated to penicilin (6 million U.) during four and half months. When the pacient was discharged from the Hospital, the bacteriological examination continued to be positive in the remaining ulcer. One month later the pacient died of myocardial infarction.

CITAÇÕES

1 — Rabelo, F. E. — Difteria cutânea. Folha méd., 18:344 (jul.), 1937.

2 — Vigne, P. — Dermatoses en rapport avec la diphtérie. Nouvelle Pratique Dermatologique, Paris, Masson et Cie., 1936, III, pg. 1.009.

3 — Biberstein, H. — Hauthdiphteria Klin. Wchnschr., 6:1242, 1927.

4 — Darier, J., Civatte, A. e Tzanck, A. — Precis de Dermatologie, 5e. éd., Paris, Masson Editeurs, 1947, pg. 861.

5 — Livingood, Perry e Forrester, citados por Ormsby, O. S. e Montgomery, H. Diseases of the skin. Filadelfia. Lea & Foebiger, 1948, pg. 372.
6 — Rocha Jr., Martinho da — Sôbre um caso de difteria cutânea. Brasil-méd., 41: 1284 (dez.), 1927.
7 — Mursa, M. — Sôbre um caso grave de difteria cutânea e vulvar. Pediat. prát., São Paulo, 1:259 (ag.), 1928.
8 — Almeida, F. P. de — Localização cutânea do Coribacterium diphteriae (nota prévia). Bol. Soc. med. e cir. de São Paulo, 15:296, 1931.
9 — Maffei, W. E. — Úlcera diftérica da pele, An. da Fac. de Med. da Univ. de São Paulo, 7:161, 1932.
10 — Mattos, G. e Dela Latta, R. — Um caso de difteria vulvar e cutânea. Pediat. prát., São Paulo, 8:107 (ag.-dez.), 1937.
11 — Mangabeira-Albernaz, P. — Das localizações raras de difteria: difteria do lábio com mais de cinco anos de duração. Brasil-méd., 5:217 (mar.), 1941.
12 — Werneck, C. — Três casos de difteria cutânea em lactantes. Gaz. clín., 40:264 (ag.), 1942.
13 — Ramos e Silva, J. — Caso de difteria cutânea. An. brasil. de dermat. e sif., 23:286 (dez.), 1948.

Endereço dos autores: r. Artur Azevedo, 566 (S. Paulo).

Formas discrômicas do eritematodes

Flaviano Silva

De novo volto a tratar dos distúrbios pigmentares observados em certos casos de eritematodes. São fatos verificados principalmente em indivíduos de côr negra ou morenos, nos quais as lesões se manifestam desde o início, portanto antes da regressão cicatricial, fortemente pigmentadas ou, o que é mais raro, acrômicas.

Certo é que na cicatriz do lupus eritematoso se encontram êsses distúrbios, mas aqui o que impressiona é a existência dessas modificações pigmentares de modo precoce e fora das cicatrizes.

Pautrier, Wise, Toroeck (1) e quase todos os autores fazem referência à pigmentação mais ou menos intensa das cicatrizes, mas o de que não falam é da possibilidade do início do eritematodes por alterações pigmentares, seja por placa melanodérmica, seja leucodérmica.

Sôbre o tema apresentámos, em 1934, à Semana Médica da Bahia, o trabalho "Contribuição ao estudo do lupus eritematoso nos indivíduos de côr" (2). Em dezembro de 1941, escrevemos outro artigo, "Variedade melanodérmica do lupus eritematoso (lupus eritêmato-pigmentar)" (3).

No primeiro trabalho, justificámos a criação da variedade discrômica do lupus, que compreenderia os tipos melanodérmico, leucodérmico e o leuco-melanodérmico, citando a respeito o caso de P. Noel e os nossos.

Depois, tivemos o prazer de ver confirmada a nossa opinião pelo Dr. Simão Voigel (4), que num artigo ("Lupus eritematoso (forma eritêmato-pigmentar)"), publicado em junho de 1935, escreve, a propósito de caso por êle observado, o seguinte:

a) o lupus eritematoso iniciou-se por uma pigmentação, que persistiu durante a evolução desta entidade mórbida;

b) esta manifestação predomina em quase tôda manifestação cutânea, só se tornando bem visíveis as escamas pela escarificação;

c) na atrofia cicatricial não se nota esta pigmentação, e, sim, uma coloração rósea".

Professor Catedrático da Fac. de Med. da Univ. da Bahia. Dermatologista do Hospital Santa Isabel.

Os Drs. A. Bahia Monteiro e Ives Silva (5) relataram um caso de eritematodes de forma melanodérmica à Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia (Secção da Bahia).

Ainda mais, Carlos Cardenal (6) regista um caso de lupus eritematoso fixo pigmentado em que as lesões da face (nariz e fronte) sofreram pigmentação progressiva do centro para a periferia, sem passar o limite do eritema.

Blanco e M. Mazzini (7), no seu livro, estudando o lupus eritematoso atípico, citam as formas pigmentares.

Lenglet (8) escreve, tratando das cicatrizes do lupus eritematoso: "Enfin la pigmentation se dispose encore irregulièrement ça et là dans la cicatrice ou *dans les lésions en évolution*".

Vê-se, assim, que no eritematodes os distúrbios pigmentares podem se manifestar tanto nas cicatrizes como fora delas, e que há casos em que êsses distúrbios predominam e justificam a criação de formas discrômicas.

Poderíamos, então, classificar as diferentes formas de eritematodes (lupus eritematoso) do modo seguinte:

De acôrdo com a evolução	l. eritematoso fixo, discóide l. eritematoso centrífugo, migrans l. exantemático { agudo / sub-agudo }
Conforme a intensidade dos fenômenos epiteliais	l. eritematoso puro l. eritêmato-escamoso, pitiriasiforme l. eritematoso psoriasiforme l. eritêmato-crostoso (herpes cretáceo de Devergie)
De acôrdo com os fenômenos vasculares	l. eritematoso lívido, pérnio, chilblain l. eritematoso telangiectásico l. tumidus
Com a intensidade dos fenômenos glandulares	— l. eritematoso seborrêico, seborréia congestiva
De acôrdo com os distúrbios pigmentares (precoces ou tardios)	l. melanodérmico-eritêmato-pigmentar l. leucodérmico-acrômico (P. Noel-Flaviano Silva) l. leuco-melanodérmico, vitiligóide (P. Noel e outros).

Eritematodes — forma leucodérmica
Caso de P. Noel

Eritematodes — forma melanodérmica
E.S.R. — Caso Flaviano Silva

Lesões típicas de eritematodes
E.S.R. — Caso Flaviano Silva

Estas considerações vêm a propósito de dois casos ùltimamente observados no nosso serviço do Hospital Santa Isabel: o primeiro, diz respeito à forma melanodérmica do eritematodes, e o segundo, à leucodérmica da mesma dermatose.

1.ª OBSERVAÇAO

E. S. R., morena, com 43 anos de idade, solteira, natural da Bahia, costureira, residente na rua Duarte Costa, nesta Capital, veio à consulta, no Ambulatório Silva Lima, no dia 13 de março de 1951.

Antecedentes familiais: pai morto aos 74 anos de idade, de cardiopatia; mãe, aos 73, de arteriosclerose. Cinco irmãos, dos quais dois morreram de tuberculose pulmonar, dois de uma doença mental e uma está viva, aparentemente sã.

Antecedentes pessoais: nascida a têrmo de parto natural, há muito que tem a ptose palpebral. Sarampo, gripes, reumatismo, sarna é o que declara haver tido.

História da doença atual: desde dezembro de 1950 que começou a ter a erupção do rosto por ela atribuída à picada de mosquitos; eram manchas vermelhas e escamosas, mas logo depois se tornaram pretas.

A erupção foi-se estendendo pela face e depois pelo peito e pelo dorso, sendo que sòmente na face ficaram pretas.

Estado atual: mulher morena, de tipo leptosômico, cabelos pretos e lisos, panículo adiposo regularmente distribuído, mas escasso; tem ptose da pálpebra esquerda.

O rosto, principalmente o dorso do nariz, as bochechas, as regiões malares, as pálpebras superiores e a orelha esquerda mostram-se enegrecidas e luzidias, em contraste com a côr da pele normal; na pálpebra superior esquerda, na borda da mancha escura, nota-se pequena descamação. Na testa, as lesões são disseminadas; no lábio superior do lado direito, um pouco afastadas da comissura labial direita, e no mento, notam-se pequenas manchas arredondadas, com três milímetros de diâmetro, muito pretas. No pescoço, na parte ântero-superior do tórax, no dorso e nos antebraços, vêem-se lesões típicas do eritematodes.

Couro cabeludo indene.

O exame radiográfico dos pulmões nada revelou de anormal.

Reações de Wassermann, Kahn e Kline, negativas.

2.ª OBSERVAÇAO (forma leucodérmica do eritematodes)

A. T., branca, com 37 anos de idade, casada, natural da Bahia, residente no Tanquinho da Feira, compareceu ao Ambulatório Silva Lima em março de 1950.

Antecedentes familiais: pais mortos não sabe de que; duas irmãs adoentadas (sic).

Antecedentes pessoais: nascida a têrmo de parto natural. Dentição, fala e marcha nas épocas habituais. Menarca aos 13 anos; catamênios regulares. Tem 8 filhos sadios. Marido forte. Varicela, sarampo, impaludismo. Fuma demasiado; não bebe.

História da doença atual: há um ano notou na face, aos lados da pirâmide nasal, na testa e na parte anterior do tórax, manchas brancas, que pouco a pouco se estenderam pela vizinhança.

Estado atual: mulher alta, bem nutrida (tipo leptosômico), cabelos pretos, dentes bem implantados, em bom estado de conservação, apresenta na testa, horizontalmente disposta, uma faixa de três centímetros de largura, de côr branca, não escamosa, que atinge às caudas dos supercílios; aos lados da

pirâmide nasal, placas mais ou menos arredondadas, de quatro centímetros de diâmetro, com o mesmo aspecto da lesão anteriormente descrita, isto é, alvas, não escamosas; abaixo da orelha esquerda, duas pequenas manchas alvas; um pouco afastadas da mancha existente à direita da pirâmide nasal, notam-se duas outras de menores dimensões; na região infraclavicular esquerda, uma placa arredondada com quatro centímetros de diâmetro, inteiramente alva. No dorso, há uma série de lesões eritêmato-escamosas, típicas do eritematodes, e que muito auxiliaram o diagnóstico da dermatose.

As lesões da face sempre foram acrômicas e davam a impressão de vitiligo, diagnóstico lembrado por um colega presente à consulta.

Nesta doente não foram feitos outros exames, nem mesmo tirada a fotografia, por motivos alheios à nossa vontade. Entretanto, o caso foi visto pelos colegas presentes, Drs. Otávio Aguiar, A. Bahia Monteiro, Ives Silva, Newton Guimarães e outros.

Para que se possa fazer um juízo do aspecto das lesões, reproduzimos aqui a fotografia do caso de P. Noel (9).

Iniciamos o tratamento com o bismuto e as melhoras foram rápidas.

RESUMO

O A. mais uma vez chama a atenção para as formas discrômicas do eritematodes. De acôrdo com os distúrbios pigmentares (precoces ou tardios), admite as três variedades seguintes: a melanodérmica ou eritêmato-pigmentar, a leucodérmica ou acrômica e a leuco-melanodérmica ou vitiligóide.

Refere-se aos seus trabalhos anteriores e relata duas observações.

CITAÇÕES

1-A) Pautrier, L. M. — Nouvelle Pratique Dermatologique, Paris, Masson et Cie., 1936, III, pg. 738.

1-B) Wise, cit. por R. L. Sutton e T. L. Sutton Jr. — Diseases of the skin, 6.ª ed., St. Louis, C. V. Morby & Co., 1926, pg. 850.

1-C) Török, Ludwig — Lupus erythematodes. Lehrbuch de Haut-und Geschlechtskrankheiten de E. Rieck, 5.ª ed., pg. 269.

2) Silva, Flaviano — Contribuição ao estudo do lupus eritematoso nos indivíduos de côr. Brasil-méd., 48: 1.088 (29-dez.), 1934.

3) Silva, Flaviano — Variedade melanodérmica do lupus eritematoso (lupus eritêmato-pigmentar. An. brasil. de dermat. e sif., 16: 323 (dez.), 1941.

4) Voigel, Simão — Lupus eritematoso (forma eritêmato-pigmentar). Arquivos da Clínica Dérmato-Sifilográfica do Hospital Pedro II, de Recife, 1: 39 (jun.), 1935.

5) Monteiro, Alfredo Bahia, e Silva, Ives — Caso de eritematodes de forma melanodérmica. An. brasil. de dermat. e sif., 24: 295 (dez.), 1949.

6) Cardenal, Carlos — Lupus eritematoso fixo pigmentado. Actas Dermo-sifilográficas, 26: 323 (fev.), 1934.

7) Blanco, J. F., e Mazzini, M .A. — Dermatologia y Sifilologia, 2.ª ed., Buenos Aires, Librerie Hachette S. A., 1948, pg. 371.

8) Lenglet — Pratique Dermatologique, Paris, Masson et Cie., 1904, III, pg. 385.

9) Noel, Paul — Le lupus erythemateux dans les races noires. An. de dermat. et syph., 9: 372 (maio), 1928.

Enderêço do autor: praça Pedro II, 101 (Salvador, Bahia).

Leishmaniose cutânea mediterrânea

Seu tratamento

G. Daguet

Nas regiões endêmicas, a luta contra as leishmanioses é contínua e ativa. As tentativas terapêuticas são orientadas no sentido da sintomatologia, segundo o agente causal (*Leishmania Donovani, L. tropica* ou *L. brasiliensis*). Se bem que as lesões produzidas pela *L. tropica*, na bacia mediterrânea, localizadas no tecido cutâneo, não causem ao doente riscos tão sérios como o ataque visceral pela *L. Donovani*, os problemas do diagnóstico e do tratamento do botão do Oriente estavam longe de ser resolvidos até bem pouco tempo. Por outro lado, os resultados dos estudos sôbre a cura da leishmaniose mediterrânea podem trazer contribuição útil ao tratamento da leishmaniose tegumentar americana.

Na bacia mediterrânea, o botão do Oriente constitui a lesão tipo. Aparece sob a forma de uma pápula vermelho-escura, muito pruriginosa, habitualmente única, localizada sôbre as partes descobertas, principalmente no rosto. À proporção que a superfície da pápula se torna vesiculosa, a infiltração se aprofunda paulatinamente. Em uma ou duas semanas constitui-se uma ulceração talhada a pique, com bordos congestivos e fundo tomentoso. Forma-se ràpidamente uma crosta amarelo-escura, espêssa e dura. O nódulo atinge o volume de uma pequena noz, cercada por uma zona infiltrada. A lesão supura durante vários meses e depois de mais ou menos um ano os bordos diminuem espontâneamente e a ulceração, de modo progressivo, fecha. Persiste uma cicatriz retraída, acrômica, às vêzes queloideana, muito inestética.

Êste tipo nodular, úlcero-crostoso, da leishmaniose, é o mais freqüente. Além desta lesão típica, as seguintes formas foram descritas:

1 — Formas lupóides, que reproduzem o aspecto do lúpus tuberculoso, com seu infiltrado amarelo-âmbar, ou lúpus eritematoso fixo ou túmido, com hiperqueratose pontuada.

Interno da "Maison Saint-Lazare" (Serviço do Dr. P. Durel), Paris, França.

2 — Formas pseudotumorais, simulando epiteliomas.

3 — Formas impetiginosas, furunculosas, nas quais a infecção secundária torna difícil a descoberta das leishmânias. Estas lesões, muito infetadas, podem infiltrar-se em placas extensas, apresentando ulcerações ou fístulas esparsas.

4 — Formas vegetantes, hiperqueratósicas, freqüentemente superinfetadas, lembrando as piodermites.

5 — Formas de tipo sarcóide.

6 — Formas eritêmato-escamosas, assemelhando-se a psoríase.

7 — Formas abortivas, sêcas, que não se ulceram.

8 — Formas extensas, fagedênicas, infiltrando o tegumento, que gangrena e necrosa.

9 — Formas de elementos disseminados muito numerosos.

De modo geral, devemos lembrar que a *L. tropica* pode ser responsável por lesões cutâneas habitualmente atribuídas à tuberculose, à sífilis (lesão elementar: tubérculo) e, além disso, aos processos cancerosos e às infecções piógenas banais. Isto quer dizer que o diagnóstico, fácil nas formas típicas em regiões endêmicas, freqüentemente necessita do apôio da pesquisa direta e cultura das leishmânias, assim como do exame histopatológico.

A evolução geral da leishmaniose cutânea é espontâneamente regressiva. Verifica-se esta regressão espontânea, entretanto, a preço de cicatrizes muito desgraciosas. A duração da incubação é difícil de precisar, indo de 15 dias a 6 meses. A evolução da doença oscila entre 6 e 18 meses e às vêzes mais.

Sabe-se que o parasita é inoculado no homem pelos flebótomos. Todavia, o reservatório das *L. tropica* ainda não está determinado de maneira definitiva: o cão, provàvelmente, desempenha êste papel, pois apresenta lesões papulosas e ulcerações do focinho ricas em leishmânias. Mas o cão não é o único animal com êsses característicos.

Baseia-se o diagnóstico laboratorial da leishmaniose:

a. No exame de esfregaço da serosidade recolhida por raspagem dos bordos da ulceração: os corpos de Leishman são visíveis nos macrófagos. Esta pesquisa pode ser negativa nos casos avançados.

b. Na cultura por semeadura do produto de punção de uma lesão não ulcerada, em água de condensação do meio N.N.N. Os parasitas se desenvolvem entre 16° e 28°, com um ótimo de 22°. As leishmânias começam a desaparecer a 37° e morrem a 45°. Para eliminar germes banais das culturas, podemos adicionar penicilina (1.250 U/cm3 de meio) ou manter as culturas a 16°.

c. No exame histológico. Segundo C. Oberling (1), a leishmaniose cutânea pode pertencer a três tipos histológicos:

I — *Tipo tuberculóide*: nódulos de células epitelióides e gigantes.

II — *Tipo macrofágico difuso*: camadas de infiltrado formado de macrófagos com leishmânias, de linfócitos, de plasmócitos e de eosinófilos.

III — *Tipo sifilóide*: nódulo de células epitelióides e elementos linfoplasmocitários. Numerosos corpos de Leishman nas células epitelióides e nos macrófagos. O protoplasma dêstes fica tão cheio a ponto de assumir coloração marrão metálico.

Freqüentemente, a superinfecção causa o aparecimento de numerosos polimorfonucleares. Ao lado disto, os corpos de Leishman se tornam raros e só se encontram em alguns macrófagos das regiões periféricas do granuloma. Às vêzes, os corpos de Leishman não são encontrados.

A biópsia, praticada na periferia da lesão, permite evitar a confusão com os epiteliomas.

TRATAMENTO

Impõe-se o tratamento para evitar a formação de cicatrizes viciosas e desfigurantes.

Localmente, combate-se a infecção secundária pelos antissépticos usuais. Só excepcionalmente são usadas a coagulação e a radioterapia.

Há muito tempo que se fazem infiltrações na lesão com quinacrine, emetina e sulfato de berberina. Essas infiltrações locais são dolorosas e não possuem maior interêsse desde o aparecimento de um antimonial pentavalente, administrado por via parenteral, dotado de notável atividade.

Êste produto, antimoniato de N-metilglucamina, 2168 RP ou glucantime, usado com êxito desde 1945 no tratamento de leishmaniose visceral na África do Norte Francêsa, foi experimentado, pela primeira vez, na leishmaniose cutânea, por Ragu e Schneider (2), em 1947. Esta primeira observação, relatando a cura de leishmaniose da face, com 67,25 g de glucantime, administrados em 15 injeções intramusculares, suscitou numerosos ensaios, principalmente na África Francêsa, no Irã, na Itália, na Síria e no Líbano.

POSOLOGIA

A dose de 0,10 g/kg por dia, até um total de 1 g/kg de pêso, serviu de base. Muitas variantes dêste esquema foram propostas.

Ansari, Mofidi e Chafa (3) adotam as doses de 0,10 g/kg, até um total de 1 a 2 g por quilo de pêso, com ótimos resultados. Rivelloni (4-5) e Di Santo (6) propõem esquemas mais flexíveis, levando em conta a forma clínica a tratar e a reação individual. Escher e Laham (7) preferem uma dose de 0,05 g/kg por injeção, em ritmo bi ou trissemanal, observando que as formas mais sêcas são as de mais difícil cura.

O esquema de injeções quotidianas intramusculares de 0,10 g/kg durante dez dias é aplicável a todos os pacientes que não apresentem sérias perturbações hepato-renais, aí também compreendidas as crianças.

Na primeira injeção, dar apenas metade da dose.

Dever-se-ão repetir as séries de tratamento ? A resposta é função do resultado da primeira série. E' conveniente, entretanto, realizar uma segunda série após 15-20 dias de repouso. Pode haver recidivas. A antimônio-resistência não foi observada.

RESULTADOS

O tempo de cura é variável segundo a forma da doença. Em geral, evidencia-se melhora nítida desde a terceira ou quarta injeção.

As formas ulceradas cicatrizam parcialmente no fim da série e de modo completo um mês após o comêço da série.

As formas nodulares hiperqueratósicas melhoram ràpidamente, mas a cicatrização total necessita às vêzes algumas sessões de crioterapia.

Escher e Laham (7), em 15 casos tratados pela glucantime, administrada por via intramuscular, obtiveram dez curas rápidas e cinco curas parciais, fàcilmente completadas pela crioterapia.

Ansari Mofidielhafa (3), Ragu e Schneider (2), Tèmine (8), Degos (9) e Doucas (10) observaram, de maneira regular, a cura rápida de seus doentes.

Di Santo (6), em 257 casos, preferiu com absoluto êxito a via parenteral.

De modo geral, a cura rápida é a regra. Não há cicatrizes ou, quando existem, são estéticas.

TOLERÂNCIA

A tolerância local é boa. Num caso excepcional, R. Degos (9) observou reações inflamatórias não supuradas, no lugar da injeção, que cederam ràpidamente com penicilina por via oral. Convém notar que, neste caso, a cura foi particularmente rápida.

As reações focais são muito freqüentes, mas em geral discretas.

Como tôda quimioterapia, a glucantime pode provocar reações passageiras de intolerância, tais como: hipertermia após as primeiras

injeções, eritemas morbiliformes ou urticariformes, cefaléia, astenia, vômitos. Pode observar-se albuminúria transitória.

As reações passageiras farão suspeitar uma intolerância mais séria. A cefaléia acompanhada de febre constitui um sinal de alarme. Deve ser lembrado que os antimoniais, como os arsenicais, são capazes de provocar acidentes mortais. Tais acidentes foram assinalados no tratamento de doentes portadores de Kala-Azar, nos quais, entretanto, não podemos atribuir a responsabilidade apenas à terapêutica.

As observações publicadas de leishmanioses cutâneas tratadas pela glucantime não fazem alusão a qualquer acidente sério.

PREMUNIÇÃO

E' possível realizar uma premunição a partir de culturas puras. A injeção I. D. de algumas gotas de uma cultura provoca, após uma incubação de 20 dias a 7 meses, uma lesão evolutiva que confere imunidade.

CONCLUSÃO

A leishmaniose cutânea mediterrânea é ràpidamente curável por um antimonial pentavalente. Com esta terapêutica não devemos permitir a evolução das lesões para uma cicatrização inestética.

Parece que a leishmaniose tegumentar americana, causada pela *L. brasiliensis*, muito mais grave, reage igualmente de modo bastante favorável ao tratamento antimonial.

RESUMO

O autor, estudando a leishmaniose cutânea na bacia do Mediterrâneo, onde os problemas do diagnóstico e do tratamento permaneciam sem solução até bem pouco, ressalta que a cura da doença naquela região pode trazer contribuição útil ao tratamento da leishmaniose tegumentar americana.

Após descrever a lesão tipo, que é o botão do Oriente, passa em revista as outras formas: lupóides, pseudotumorais, impetiginosas, vegetantes, sarcóides, eritêmato-escamosas, abortivas, fagedênicas e formas de elementos disseminados muito numerosos.

Lembra que a *L. tropica* pode ser responsável por lesões cutâneas comumente atribuídas à tuberculose, à sífilis, a processos cancerosos e às infecções piógenas banais. Por isso, o diagnóstico não deve prescindir da pesquisa direta e da cultura das leishmânias, nem do exame histopatológico.

Em seguida, referindo-se a novo tratamento da doença, destaca os brilhantes resultados obtidos com o antimoniato de N-metilglucamina, 2168 RP ou glucantime, cuja posologia é esquematizada segundo as observações pessoais e de outros autores.

Concluindo, o autor deduz que a L. T. A., embora muito mais grave, também deve reagir de modo bastante favorável ao tratamento pela glucantime.

RESUMÉ

Etudiant la Leishmaniose cutanée dans le bassin méditerranéen, où les problèmes du diagnostic et du traitement restaient, jusqu'à ces derniers temps,

loin d'être résolus, l'Auteur affirme que le traitement qu'il y est fait de cette maladie pourra apporter une contribution utile au traitement de la Leishmaniose Tégumentaire Américaine.

Après la description de la lésion type — le bouton d'Orient — il fait mention des autres formes: lupoïdes, pseudo-tumorales, impétigineuses, végétantes, à type de sarcoïdes, érythémato-squameuses, abortives, phagédéniques, ainsi que d'autres formes à très nombreux éléments disséminés.

Il rapelle que la Leishmaniose tropica peut être responsable de lésions cutanées fréquemment attribuées à la tuberculose, à la syphilis, à des processus cancéreux et à d'autres infections à pyogènes banaux. Par conséquent, le diagnostic doit être souvent étayé par la recherche directe et la culture des leishmanias, et par l'examen histo-pathologique.

Ensuite, se référant au nouveau traitement, il souligne les résultats remarquables obtenus avec l'emploi de l'antimoniate de N-méthyl-glucamine (2168 RP ou glucantime), dont la posologie est établie d'après les observations personnelles ainsi que d'après celles d'autres auteurs.

Pour conclure, l'Auteur affirme que, bien qu'infiniment plus grave, la Leishmaniose Tégumentaire Américaine doit également réagir de façon très favorable au traitement par le glucantime.

SUMMARY

Studying the cutaneous Leishmaniasis in the Mediterranean basin, where the problems of its diagnosis and treatment were still unsolved only some time ago, the Author declares that the treatment of this disorder in that region may bring about a very helpful contribution to the treatment of Tegumentary Brazilian Leishmaniasis.

After describing the typical lesion which is the Oriental sore, he examines several other forms: lupoid, tumourlike, impetiginous, vegetating, sarcoid, erythematous-crusted, abortive, phagedaenical, and other forms presenting a great many scattered elements.

He recalls that the Leishmaniasis tropica may be responsible for cutaneous lesions commonly imputed to tuberculosis, to syphilis, to cancerous processes and to common pyogenic infections. Thus the diagnosis must also require the direct search and culture of Leishmanias, as well as the histo-pathologic examination.

Furthermore, referring himself to the new treatment of this disease, he sets forth the splendid results obtained with the N-methil-glucamine antimonate (2168 RP or glucantime), whose posology is schematized either from personal observations of from observations of other Authors.

Finishing, the Author concludes that the Tegumentary Brazilian Leishmaniasis, notwithstanding its being far graver, must also react favourably to the treatment with glucantime.

CITAÇÕES

1. OBERLING, C. — Rev. de path. comparée, 617: 366, 1950.
2. RAGU, J. e SCHNEIDER, J. — Traitement d'une leishmaniose cutanée par l'antimoniate de N-méthylglucamine (2168 R. P.). Comunicação à Soc. franç. de dermat. et syph., sessão de 9-jan.-1947 (Bull. Soc. fran. de dermat. et syph., pg. 38, ano 1947).
3. ANSARI, N., MOFIDI, Ch. e CHAFA, M. — Effet thérapeutique de l'antimoniate de N-méthylglucamine dans la leishmaniose cutanée de l'homme. Presse méd., 58: 1034 (21-set.), 1950.
4. RIVELLONI, G. — L'antimoniate de N-méthylglucamine dans le traitement de la leishmaniose cutanée. Gior. ital. di dermat. e sif., 90: 309, 1949.

5. RIVELLONI, G. — Observations sur un cas de leishmaniose cutanée. Bull. Inst. Pasteur, 48: 652, 1950.
6. DI SANTO, A. — Nouvelles observations sur la thérapeutique de la leishmaniose cutanée, le glucantime. Ann. ital. di dermat. e sif., 5: 122 (mar.-abr.), 1950.
7. ESCHER, D. e LAHAM, H. — Le traitement des leishmanioses cutanées par l'antimoniate de N-méthylglucamine (15 observations personelles). Lyon méd., 22: 355, 1950.
8. TÈMINE, P. — Guérison rapide d'un bouton d'Orient par l'antimonié 2.168 R. P. Bull. Soc. franç. de dermat. et syph., pg. 295, ano 1949.
9. DEGOS, R., LORTAT-JACOB, M. e LEGRAIN, M. — Leishmaniose diffuse lupoide. Bull. Soc. franç. de dermat. et syph., pg. 10, ano 1951.
10. DOUCAS, Ch. — Boutons d'Orient guéris par le glucantime. Bull. Soc. franç. de dermat. et syph., pg. 548, ano 1950.

Enderêço do autor: 21, rue Royale, Paris, VIIIè

Ação da terramicina sôbre cogumelos patogênicos

(Resultados "in vitro")

Newton Guimarães e Manoel Eugênio da Silva

O progresso magnífico que representa, no setor da terapêutica, a descoberta dos antibióticos, infelizmente não se estendeu, com resultados comparáveis àqueles obtidos nas infecções bacterianas, ao âmbito das doenças produzidas por cogumelos. Realmente, do primeiro dêles, a penicilina, aos mais recentes, quer estudada a sua ação "in vitro", quer nas infecções experimentais, nenhum resultado foi obtido capaz de representar uma terapêutica decisiva para determinada infecção micótica.

A Terramicina, descoberta por FINLAY, HOBBY e col. (1) a partir de um actinomiceto — *Streptomyces rimosus* — é dos mais novos antibióticos. De marcada atividade quimioterápica sôbre infecções produzidas por diversas bactérias, riquétsias e alguns virus, não nos foi dado encontrar referências sôbre a investigação dos seus efeitos em infecções produzidas por cogumelos ou sôbre parasitas desta natureza. Iniciamos, pois, um estudo nesse sentido, e como observação preliminar procuramos estudar a ação "in vitro", do antibiótico, sôbre os agentes produtores das principais doenças micóticas.

MATERIAL E MÉTODOS

a) Terramicina — "Terrabon" (Pfizer) — Terramicina para diluição em solvente especial, que acompanha o produto (Cont. alcool — 19.5 % (*).

Trabalho da Secção de Micologia do Instituto de Saúde Pública (Salvador — Bahia).

(*) Os autores agradecem ao Laboratório "Sedar" o oferecimento do "Terrabon".

b) *Meio de cultura* — Sabouraud-líquido.

c) *Cogumelos ensaiados* (da Micoteca do Instituto de Saúde Pública):

1 — *Phialophora pedrosoi* (amostra M.G.)
2 — *Histoplasma capsulatum* (amostra 66)
3 — *Paracoccidioides brasiliensis* (amostra 83)
4 — *Sporotrichum schenckii* (amostra 50)
5 — *Nocardia brasiliensis* (amostra 2)
6 — *Candida albicans* (amostra 11)
7 — *Tricophyton rubrum* (amostra 43)
8 — *Phialophora verrucosa* (amostra 30)
9 — *Cryptococcus neoformans* (amostra 10)
10 — *Blastomyces dermatidis* (amostra 9).

d) *Diluições* — De 1/1.000 a 1/64.000. Foi preparada uma diluição inicial da terramicina no diluente especial a 1/10, e a partir desta as demais diluições foram feitas no próprio meio de cultura. Para cada cogumelo, além dos tubos com as várias diluições eram semeados ainda dois outros: um apenas com o meio de cultura; outro com o líquido diluente em solução a 1/1.000 (diluição menor da série) em Sabouraud-líquido.

Como se verifica ao exame do quadro n.º 1, em nenhum dos cogumelos ensaiados, à exceção de *Nocardia brasiliensis* (*Actinomyces brasiliensis*), manifestou ação bacteriostática a terramicina. Apenas *B dermatitidis* sofreu uma ligeira diminuição do seu crescimento, nos tubos com maior concentração do antibiótico.

Ocorreu porém, em nosso primeiro ensaio, como se verifica ainda no mesmo quadro, uma coincidência interessante, que foi a ausência de crescimento também em T_4, justamente com *N brasiliensis*. A hipótese de que estivesse morta a amostra com a qual trabalháramos podia ser afastada, não só porque todos os cogumelos utilizados haviam sido repicados, a partir da coleção, e usado para a experiência êsse repique recente, como também pelo fato de ter havido crescimento em T_2. Assim, a interpretação mais lógica era que, ao lado da ação inibidora da terramicina, tivesse ocorrido qualquer êrro de técnica, troca de tubo, etc., de referência a T_4.

De qualquer modo, porém, impunha-se repetir o ensaio em relação a *Nocardia brasiliensis* e simultâneamente verificar a ação da Terramicina em outro cogumelo do mesmo grupo que possuíamos na micoteca do Instituto de Saúde Pública: *Nocardia asteroides* (*Proactinomyces asteroides*). Nesta segunda verificação aumentamos as diluições do antibiótico até 1/256.000. Obtivemos então os resultados constantes do quadro n.º 2.

QUADRO N.º 1

RESULTADOS

COGUMELOS	DILUIÇÕES							T_1	T_2
	1/1.000	1/2.000	1/4.000	1/8.000	1/16.000	1/32.000	1/64.000		
1	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••
2	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••
3	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••
4	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••
5	—	—	—	—	—	—	—	—	••••
6	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••
7	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••
8	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••
9	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••	••••
10	••	••	••	•••	••••	••••	••••	••••	••••

T_1 = Tubo testemunha com Sabouraud líquido.
T_2 = Tubo testemunha com a diluição a 1/1.000 do solvente.

A leitura foi feita aos 15 dias. O crescimento do cogumelo em T_1 foi anotado como 4*, e a leitura dos demais tubos feita em comparação com êste crescimento.

QUADRO N.º 2

COGUMELOS	1/1.000	1/2.000	1/4.000	1/8.000	1/16.000	1/32.000	1/64.000	T_1	T_2
N. brasiliensis	—	—	—	—	—	—	—	****	****
N. asteroides	—	—	—	—	—	—	—	****	****

Verificou-se portanto, completa inibição do cogumelo em tôdas as diluições ensaiadas, e perfeito crescimento nos tubos testemunhas, tanto com o meio de cultura puro quanto com o Sabouraud adicionado do solvente da Terramicina. Êste resultado nos sugere a observação dos efeitos dêste antibiótico em casos de actinomiçose.

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

Os AA. estudam a ação "in vitro" da Terramicina sôbre diversos cogumelos patogênicos, verificando, nas condições em que trabalharam, inibição do crescimento de *Nocardia brasiliensis* e *Nocardia asteroides*. A partir de tal resultado lembram o emprêgo do referido antibiótico em casos de actinomicose.

REFERÊNCIA

FINLAY, A. C., HOBBY, G. L. et al. — Terramycin, a New Antibiotic. Science, 111: 85 (27 Jan.), 1950.

Endereço dos autores: r. Afonso Celso, 28, ap. 14 — Barra (Salvador, Bahia)

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 28-3-1951

EXPEDIENTE:

São lidas cartas do Prof. Marion B. Sulzberger, de New York, agradecendo sua eleição para membro honorário da Sociedade, e do Prof. Degos, de Paris, enviando projeto de uma Sociedade Internacional de Dérmato-Venereologia, projeto êsse de autoria do Dr. A. Touraine.

Propostas de sócios:

Para sócios efetivos, são propostos: os Drs. Anibal Muniz Silvany Filho, Jorge Costa Andrade e Davi Luigi Farini, do Salvador, Estado da Bahia; os Drs. Alcides Neves Ribeiro de Castro e Genaro José Costabile, do Distrito Federal; o Dr. José Schweidson, do Paraná; e o Dr. Francisco José Neves, de Minas Gerais.

Para sócio correspondente, é proposto o Dr. João Valério Bastos da Luz, de Lisboa.

Tôdas essas propostas foram aprovadas pela unânimidade dos presentes.

ORDEM DO DIA:

CASO DE ADENOMA SEBÁCEO (com doente) — Prof. J. RAMOS E SILVA

Ficha 6691 do Serviço Dermatológico da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. L. S. C., branco, sexo masculino, 64 anos de idade, natural de Minas Gerais, viuvo, funcionário aposentado, residente em Botafogo, D F.; consulta pela primeira vez em 12 de março de 1951.

Apresenta no tegumento cutâneo duas ordens de alterações. A primeira, recente e que constitui o motivo da consulta, consiste em lesões superficiais eritêmato-escamosas, marginadas e circinadas, situadas na região peri-genital e diagnosticadas como eczema marginatum Hebrae. A segunda, antiga (muitos anos) e que é objeto da presente nota, apresenta-se sob a forma de numerosas lesões papulóides espalhadas irregularmente na fronte e nas têmporas, ficando poupados o centro da face e os pomulos, algumas existindo na região do ângulo da mandíbula. Além disso apresenta o paciente, ainda na face, certo grau de atrofia senil, alguns comedons e cicatrizes, muito antigas, provàvelmente de acne juvenil. O detalhe descritivo das lesões papulóides é o seguinte: pequenas saliências, medindo em média 2 milímetros de diâmetro, de côr amarelo-palha, apresentando umbilicação central e parecendo situadas

em tôrno de folículos pilo-sebáceos. Essas lesões não determinam nem reação inflamatória, nem tão pouco manifestações subjetivas quaisquer. Levantadas as hipóteses clínicas de doença de Darier, de adenoma sebáceo e de siringoma, foi feita uma biópsia (n. 185) para o respetivo diagnóstico diferencial, de que se encarregou gentilmente o Prof. H. Portugal, o qual veio a encontrar a estrutura típica do verdadeiro adenoma sebáceo. (*)

DISCUSSÃO:

Prof. F. E. Rabelo — O caso vem encaixar-se no tipo Porta-nevo adenomatoso sebáceo já reconhecido por Jadassohn em 1913. Serve para mostrar quanto valem as investigações clínico-anatômicas sempre que conduzidas com prudência e sagacidade.

Dr. G. L. Rocha — Lastimo que o caso presente não tenha chegado às mãos do Prof. Ramos e Silva alguns meses atrás, pois, assim, o nosso trabalho (tese para livre-docência da Universidade do Brasil) contaria com mais um exemplar de nevo, embora constante de nossa classificação (Jadassohn com modificações).

Outro fato que acho digno de nota é o aspeto terminológico, pois, sob o mesmo nome de adenoma sebáceo, agrupam-se quadros diversos, haja vista o atual, que obedece ao nome de nevo adenomatoso sebáceo (Porta).

ERITEMATODES DISSEMINADO EM REGRESSAO SOB PREGNENOLONA (demonstração da célula L. E., pelo Dr. H. Marinho) — DR. GLINE LEITE ROCHA

O autor não forneceu resumo.

DISCUSSÃO:

Dr. Emiliano Gomes — Desejo cumprimentar o Dr. Gline pela excelência da sua comunicação e pedir-lhe que documente o seu caso com mais uma pesquisa fundamental. E' a punção de medula óssea, não para a pesquisa de célula L. E., que já foi achada no sangue periférico, mas para demonstrar a existência de hiperplasia plasmocelular que, assim como a hiperglobulinemia gama, deve ser um dos caracteres essenciais do eritematodes maligno, embora os autores americanos pràticamente não falem na questão.

Prof. F. E. Rabelo — Sôbre o achado do elemento L. E. de Hargreaves, lembro, em primeiro lugar, como é necessária a existência de um critério biológico seguro que permita afirmar o eritematodes mesmo na ausência de erupção cutânea ou ainda — o que é frequente — quando essa erupção é pobre ou pouco aparente. Em segundo lugar, o interêsse de conduzir paralelamente a histologia da medula à citologia, pois Schaumann já pôde mostrar a ocorrência de focos de células redondas nesses casos. Em terceiro lugar, em vista de melhor quanto sabemos sôbre as vinculações entre formas malignas e benignas do eritematodes, o interêsse de fazer-se sistemàticamente a investigação do elemento L. E. nas formas vulgares da moléstia.

Dr. A. Padilha Gonçalves — À guisa de infôrmação suplementar ao Dr. H. Marinho, devo dizer que já o Dr. Paul O'Leary, em material de raspagem da base de bolhas provocadas artificialmente em portador de eritematodes exantemático, encontrou células L. E.

(*) Será publicado sob o título "Adenoma sebáceo senil de NOMLAND", conforme pôde ser classificado mediante estudo ulterior.

Dr. H. Marinho (respondendo ao Prof. Rabelo sôbre o achado histopatológico das células L. E.) — Revendo a nossa casuística anátomo-patológica, tivemos oportunidade de encontrar, em corte histológico de paciente portador de eritematodes, a célula L. E. Assentamos a nossa hipótese de trabalho de obter células L. E. (cantárida) na pele de portadores de eritematodes. Agradecemos ao Dr. Padilha a informação pelo mesmo fornecida quanto ao trabalho do citado Dr. O'Leary, da Clinica Mayo.

Dr. Gline Rocha — Em resposta à indagação formulada pelo Dr. Villela Pedras, informamos: *a*) a dose de pregnenolona foi de 300 mg., inicialmente, e, posteriormente, de 200 mg., durante 10 dias, suspensa, então, por falta do medicamento, que nos foi cedido pelo Lab. Schering; *b*) não fizemos a hemosedimentação, nem o contrôle de pressão; *c*) a amenorréia persiste; *d*) o traumatismo poderia explicar-se no couro cabeludo, e nas outras lesões? Acreditamos que o fator solar é de importância.

Sessão de 25-4-1951

EXPEDIENTE:

São lidas cartas: *a*) dos Drs. George C. Andrews, de New York; Miguel Angel Mazzini, de Buenos Aires; Pedro Weiss, de Lima; e A. Loret de Mola, também de Lima, todos agradecendo sua eleição para sócio correspondente da S.B.D.S.; *b*) da Sociedade de Leprologia do Paraná, comunicando a eleição de sua nova Diretoria, que é presidida pelo Dr. Aureliano M. de Moura.

Proposta de sócio: para sócio efetivo, é proposto o Dr. Armando Pondé, Superintendente do Serviço de Lepra no Estado da Bahia. A proposta foi aprovada por unânimidade.

O Prof. H. Portugal encarece a conveniência da renovação do pedido feito pela Sociedade no sentido de ser pelo Govêrno brasileiro concedida condecoração ao Prof. Maurice Favre.

O Prof. J. Mota comunica que em julho de 1952 será realizado em Londres o X Congresso Internacional de Dermatologia e informa que o Prof. N. Rosseti, de S. Paulo, recebeu do Comitê Executivo do certame convite para nêle tomar parte, como secretário da representação brasileira. Ainda com a palavra, o Prof. Mota participa que o referido Prof. Rosseti solicita a homologação de tal convite, por parte da Sociedade, e a adesão da mesma ao Congresso.

O Sr. Presidente, Dr. D. Peryassú, esclarecendo que o Secretário Geral da Sociedade, Dr. L. Campos Melo, entraria em entendimentos diretos com o mencionado Comitê, propõe seja concedida a homologação pedida pelo Prof. Rosseti.

O Dr. A. Padilha Gonçalves lamenta a atitude dos organizadores do Congresso, dirigindo-se ao Prof. Rosseti a respeito do assunto, e adianta que, quando Secretário Geral, escreveu aos mesmos organizadores, fornecendo-lhes o endereço da Sociedade, para o recebimento de informações acêrca do certame.

O Dr. Campos Melo sugere que, não tendo sido oficialmente convidada, a Sociedade não dê desde logo sua adesão ao Congresso e que, uma vez convidada, se dirija à Secção de São Paulo, e bem assim às demais Secções, pedindo a indicação de membros para constituirem nossa representação, na qual poderia ser incluído, pelo Estado de São Paulo, o supra citado Prof. Rosseti.

O Prof. Rabelo pede ao Prof. Mota que sugira ao Prof. Rosseti advertir ao aludido Comitê Executivo que a representação brasileira deveria ficar a cargo da direção da S.B.D.S., da qual seria candidato natural seu atual Secretário Geral, que poderia abrir mão da chefia da representação em favor do Prof. Rosseti.

ORDEM DO DIA:

CASO PRÓ-DIAGNOSE (com apresentação do doente) — Dr. A. PADILHA GONÇALVES

W. T. F., masculino, branco, brasileiro, com 26 anos de idade, residente em Baependi (Minas Gerais), matriculado no Serviço de Pele e Sífilis da Policlínica Geral do Rio de Janeiro sob o n. 7017.

Procurou-me com uma lesão na glande, que vem evoluindo há 5 anos sem manifestações subjetivas.

Conta que alguns meses antes tivera blenorragia, após a qual foi aconselhado a fazer uma operação de fimose, surgindo as lesões da glande logo em seguida à intervenção cirúrgica.

Há 1 ano teve nova blenorragia, e tomou 1.000.000 de unidades de penicilina, sem haver influência sôbre a dermatose. Depois disso às vezes amanhece com uma gôta de secreção na uretra. Está em tratamento dentário (extrações). Sempre teve negativo o sorodiagnóstico para sífilis.

Na glande encontra-se uma lesão marcada por bordo sinuoso, papuloso, róseo e plano, em certos pontos francamente verrucoso, e noutros pontos apenas pápulo-escamoso. Para dentro, área cicatricial discretamente discrômica e alguns elementos pápulo-escamosos, por vezes verrucosos, isolados.

Não encontrei secreção uretral.

Por minha indicação foram feitos os seguintes exames complementares: Gonofixação — negativa, reações de Wassermann, Kline e Kahn — negativas, reação de Montenegro — negativa, reação intradérmica à esporotriquina — fortemente positiva ++++++, culturas em meio de Sabouraud — negativas com 7 dias de observação e exame histopatológico (Prof. Francisco Fialho) com o laudo que se segue: hiperplasia epitelial verrucosa, com ceratinização; ausência de lesões malignas (a lâmina acha-se focalizada no microscópio para quem desejar ver).

Diante dêsse quadro, fiquei sem diagnóstico, pelo que resolvi apresentar o paciente nesta sessão, para ouvir a opinião dos presentes.

As granulomatoses que podem adquirir aspecto verrucoso foram afastadas pela biópsia e demais exames complementares (a reação intradérmica à esporotriquina — fortemente positiva — apesar de não saber como explicá-la, não me parece ter ligação com a dermatose presente). O líquen plano e a psoríase com 5 anos de evolução, assim fixa e sem lesões noutros pontos, parece difícil de serem admitidos.

A ceratose blenorrágica, na impossibilidade de provarmos a existência atual de blenorragia, também deve ser afastada; ademais as lesões são sêcas (não há secreção nem crostas). O aspecto clínico, a meu ver, não se coaduna com a hipótese de balanite xerótica.

DISCUSSÃO:

Prof. H. Portugal — Não há, no caso, fenômenos inflamatórios; apenas existe congestão. Excluem-se a psoríase e o líquen plano. Não seria apenas uma verruga vulgar ou um nevo verrucoso, não inflamatório e apenas epitelial?

Prof. J. Mota — O caso apresentado é realmente de diagnóstico difícil. Quer parecer-me que nenhum dos diagnósticos propostos se coaduna com o aspecto clínico ou com os achados histológicos. A própria hipótese de leucoceratose, que me ocorreu, não encontra fundamento no exame histológico. Quanto à hipótese de uma balanite esclero-atrófica, que encontra fundamento no fato de ter a doença sucedido a uma intervenção de fimose, também não me parece cabível, mesmo porque a chamada "balanite pós-operatória" de Stuhmer parece não estar na dependência da operação, como pude mostrar em

trabalho publicado a respeito. Lembro a provável existência de "sinéquias" antes da intervenção, podendo as lesões atuais, puramente epiteliais, constituirem apenas uma sequela de situação anterior.

Dr. D. Peryassú — Esta foi a minha impressão.

Dr. G. L. Rocha — O critério etiológico que a inscrição do caso apresenta está longe de ser determinado, pois essas nododermias de evolução anômala não podem ser estabelecidas como de etiologia tuberculosa, uma vez que elementos indispensáveis, como as reações à tuberculina, portanto acho mais conveniente a apresentação do caso como nododermia indurativa de evolução anômala.

DERMATITE BOLHOSA COM INVOLUÇAO CICATRICIAL (IMAGEM DE BOLHA SUB-EPIDÉRMICA) — Prof. F. E. Rabelo, Prof. E. Magalhães Gomes e Drs. R. D. Azulay e Jair do Carmo

Os autores não forneceram resumo.

Discussão:

Dr. G. L. Rocha — A título de esclarecimento, apresento à Casa uma descrição de caso semelhante, por mim observado no Hospital da Fundação Abrigo Cristo Redentor. A doente apresentava lesões bolhosas com involução de acromia residual, bem como lesões da mucosa labial. Sob o ponto de vista geral, era uma "reumatóide". Guiado pelo trabalho do Dr. Urbach, verifiquei a possibilidade de focos sépticos, que estavam presentes em diversos dentes; a retirada dos mesmos, porém, não trouxe cura completa, embora tenha dado relativa acalmia. Como no caso que relatei, sugiro que se faça aqui a pesquisa das porfirinas.

SÍNDROME DE ERITEMA NODOSO COM ESTRUTURA TUBERCULÓIDE — Prof. F. E. Rabelo e Drs. L. G. Feijó, O. Serra e A. Filpo

O caso é apresentado pelo Dr. Serra, que declara: Quando, a convite dos colegas do Serviço do Prof. Feijó, fui ver o paciente em causa, pude verificar que o mesmo era portador de uma adenopatia bi-lateral, com dureza dolorosa, com peri-adenite, gânglios em massa, que levaram o doente a consultar-se em outro serviço hospitalar, onde lhe receitaram Cibazol. Após tomar 5 comprimidos dêste medicamento, notou o aparecimento de nódulos em placa, contornando os membros inferiores, com coloração vermelho-arroxeada escura, dolorosos à apalpação e com aspecto de lesão contusiforme típica, o que me levou a pensar com certeza em uma linfogranulomatose venérea e em síndrome de eritema nodoso, característico sob o ponto de vista clínico-morfológico. Ainda mais: atrevi-me a fazer um diagnóstico etiológico para o síndrome de eritema nodoso, achando que seria de natureza toxi-medicamentosa pelo sulfatiazol (Cibazol), que sabemos hoje ser uma das causas frequentes de eritema nodoso, depois do trabalho de Miescher.

Feito o exame histopatológico, pelo Prof. Portugal, com surpresa encontrou-se uma estrutura tuberculóide. Feita a tuberculina, o resultado foi outra surpresa em relação ao resultado histológico — negativo, até 1/1.000. A reação de Frei foi fortemente positiva. A Conselho do Prof. Rabelo, foi feito um teste com o Cibazol, na tentativa de se repetir outro surto de lesões nodulares, uma vez que as existentes já involuiram totalmente, com o uso apenas de medicação anti-tóxica. Tal teste deu os resultados esperados.

Diante dêsses dados, continuamos a pensar em uma síndrome de eritema nodoso, de natureza toxi-medicamentosa (sulfatiazol) ou provocado pela linfopatia venérea, que também é uma das causas conhecidas de eritema nodoso, como sabemos.

Prof. F. E. Rabelo — Trata-se de um diagnóstico delicado, porque a imagem é comum a três afecções. Em favor do pênfigo cicatricial existem a avançada idade e o êxito cicatricial, mas falta o elemento fundamental — as lesões das mucosas oculares (conjuntivas). Para a epidermólise bolhosa distrófica, faltam a hiperidrose palmo-plantar, as lesões das mucosas, e as distrofias ungueais. Para a dermatite de Duhring, igualmente não existe o polimorfismo característico, enquanto que a falta de lesões mucosas não fala contra a hipótese. Convém tentar ainda o teste do iodo, que certa vez já nos ajudou a melhor definir um caso análogo.

DISCUSSÃO:

Prof. H. Portugal — Os dois casos têm estrutura muito semelhante: nódulos hipodérmicos de células epitelióides, com um ou outro foco de necrose; ausência de lesões vasculares. Essa estrutura elimina duas entidades, a saber: eritema indurado de Bazin e eritema nodoso. A primeira, pela ausência de lesões vasculares, e, a segunda, pela falta da lesão específica, o granuloma radiado de Miescher. Como me disse, em palestra, o Dr. Gline Rocha, não se pode falar, nos dois casos, com segurança, em etiologia tuberculosa. Preferível seria dizer tuberculóide indurativo, deixando, dêsse modo, em aberto a questão etiológica. E mais, seria possivelmente um tipo eruptivo novo, ainda não descrito.

Prof. J. Mota — Não ouvi referência à reação de Frei, que certamente foi praticada, e desejaria saber o resultado. Quanto à etiologia linfogranulomatosa, sugiro que se faça o exame histológico da reação de Frei e que se prepare um antígeno com material colhido de lesões nodulares, experimentando-o em caso incontestável da doença. Isso já foi feito com o eritema polimorfo ou doença de Nicolas-Favre e poderá esclarecer, no caso, a relação entre essa infecção e a erupção nodular que o doente apresenta.

Dr. G. L. Rocha — Se para o caso do Dr. Padilha estranhei o diagnóstico etiológico que a inscrição encerra, neste segundo caso acho demais ir procurar a tuberculose onde a história clínica, o exame das lesões (adenites) e o Frei positivo conduzem normalmente ao diagnóstico de uma nododermia de etiologia linfogranulomatosa (Nicolas-Favre).

Sessão de 30-5-1951

EXPEDIENTE:

Depois de declarar aberta a sessão, o Sr. Presidente comunica haver recebido confirmação da Secção de Minas Gerais de que a VIII Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros será realizada na cidade de Poços de Caldas, em data a ser combinada.

O Sr. Secretário dá conhecimento de haver chegado convite da "American Dermatological Association" para a sua 71.ª reunião anual, realizada de 23 a 26 de maio corrente.

O Dr. M. Rutowitsch pede à Diretoria que a remessa dos programas das reuniões mensais seja feita com maior antecedência, pois os mesmos lhe têm chegado com atraso.

Proposta de sócio: para sócio efetivo, é proposto o Dr. Gorki Mecking de Lima, docente-livre de Anatomia Patológica, da Fac. de Med. da Univ. do Rio Grande do Sul e patologista do Inst. Biológico do Depart. Estadual de Saúde. A proposta é aprovada unânimemente.

ORDEM DO DIA:

LUPUS ERITEMATOSO TÚMIDO COM LOCALIZAÇÕES INSÓLITAS. INFLUÊNCIA NÍTIDA DA LUZ SOLAR — PROF. J. MOTA

Apresenta uma doente portadora de extensas lesões eritematosas no rosto, abrangendo nariz, mento e região frontal, na face anterior e superior do tórax e nas faces de extensão dos braços e antebraços. A doente tem 32 anos, e há mais de 5 vem sofrendo dessa doença. O eritema referido é em grande parte infiltrado, levemente escamoso e difuso, de coloração rósea, ora mais vermelho e em alguns pontos quase purpúrico. A superfície das placas é irregular, havendo em algumas regiões lesões deprimidas e cicatriciais.

O diagnóstico de "eritematodes" se impôs à primeira vista, embora não houvesse lesões atróficas, escamas *gessadas* aderentes, etc., que tão bem caracrizam aquela infecção. Chama atenção, entretanto, não só para o aspecto particular das lesões, que são túmidas e de caráter agudo, mas também para a grande extensão e localização das mesmas. A doente refere nítida influência da luz solar, que agrava ràpidamente a erupção, havendo correspondência entre êsse fator e o aparecimento e a intensidade das mesmas. Foi feita uma verificação experimental, fazendo agir sôbre a região dorsal da doente a luz de uma lâmpada ultra-violete. Foram feitas aplicações de 3, 5 e 10 minutos, em 3 pontos diferentes, à distância de 60 cm e mesmo com exposição mais curta; apareceu no ponto irradiado uma placa eritematosa intensa, sendo que, com a exposição mais demorada, a placa se mostrou ligeiramente túrgida e discretamente purpúrica.

Tece algumas considerações em tôrno do caso, não só no referente à influência da luz solar na etiologia do eritematodes, como nas relações entre tais casos, que considera um eritematodes sub-agudo, isento de lesões viscerais, e o eritematodes agudo e exantemático.

DISCUSSÃO:

Prof. H. Portugal — Faz breves considerações sôbre o caso, sugerindo, como tratamento, o salicilato de sódio.

Dr. D. Peryassú — O caso é interessante sobremodo, levando-se em consideração a gravidade das reações apresentadas pela paciente. O fato de a exposição à luz ter determinado tão profusa erupção não invalida a hipótese de um eritematodes difuso, de vez que, entre as causas desencadeadoras do eritematodes, a luz é, sem dúvida, a de maior importância. A prova de hipersensibilidade da paciente à luz ultra-violete demonstra apenas até que ponto a luz solar é responsável pelo quadro clínico apresentado.

EPIDERMÓLISE BOLHOSA DISTRÓFICA PREDOMINANTE NOS MEMBROS INFERIORES (2 CASOS, SENDO UM COM AUSÊNCIA DOS REFLEXOS PATELARES) — ROMEU JACINTO

Trata-se de um indivíduo branco, masculino, brasileiro, com 38 anos, queixando-se, desde a infância, de bolhas nas pernas, joelhos e cotovelos que dão lugar a cicatrizes e queda das unhas dos pés. As bolhas a princípio surgiam espontâneamente e, posteriormente, após traumatismo. Recentemente começaram a surgir na língua, soalho da boca e pênis. Sudorese acentuada nas mãos e pés. Dormência e dôres nas pernas, principalmente nas panturrilhas. Tem uma irmã com doença idêntica à sua.

Ao exame local, observaram-se nas pernas, joelhos e cotovelos placas de pele atrófica, branca, com a consistência de papel de cigarro. Nos membros inferiores, ao lado dessas placas, formações salientes, papulóides, redondas, umas de côr nacarada, outras violáceas. Na língua, áreas de erosão arredon-

dadas. Na face lateral de alguns dedos das mãos, pequenas granulações brancas, incrustadas na epiderme. Dedos dos pés, alguns desprovidos de unhas, e outros com pequenos apêndices unguiais. Exame neurológico: reflexos patelares abolidos. Hemograma: leucócitos — 6050, com 45 % de linfócitos.

Comentário: Levando em consideração o conjunto de lesões apresentadas pelo paciente e, principalmente, as formações albo-papulóides, diagnosticámos epidermólise bolhosa distrófica, variedade albo-papulóide de Pasini. Além disso, há dois fatos a ressaltar: 1.º) a abolição dos reflexos patelares. Como o paciente apresentou parestesias nas pernas que melhoraram com a vitamina B1, não sabemos se atribuir a abolição dos reflexos a uma polinevrite residual ou ao quadro distrófico da doença; 2.º) a predominância nos membros inferiores da distrofia, como ocorre no 2.º caso que, como o Prof. H. Portugal teve ocasião de me esclarecer, se explica à luz da embriologia pela evolução independente dos membros tanto superiores como inferiores.

A outra observação é de um indivíduo branco, masculino, brasileiro, com 22 anos, que desde os 4 anos apresenta bolhas sucessivas nas pernas, bem como queda das unhas dos pés.

Notamos nas nádegas e coxas pigmentações de forma irregular, e contôrno não bem definido. Nas pernas, face anterior, placas de atrofia, em que a pele se apresenta com a consistência de papel de cigarro. Nessas placas há bolhas de pequenas dimensões, tensas, de conteúdo citrino, e outras de conteúdo purulento, com formação de crosta amarelada. As unhas dos pés apresentam-se atrofiadas, sendo que nos últimos dedos há ausência absoluta de unhas.

Trata-se de um caso de epidermólise bolhosa distrófica.

CARCINOMA DA MAMA — Dr. Osolando Machado

O autor não forneceu resumo.

DOENÇA DE PAGET — Prof. J. Mota

Comunica um caso de Doença de Paget da mama, que pôde ser estudado do ponto de vista histológico de maneira completa: verificaram-se as lesões cutâneas e examinaram-se os canais glandulares e as glândulas, bem como os gânglios axilares. Trata-se de uma doente de 45 anos, que há 3 anos apresentou, em tôrno ao mamilo, pequena placa eczematiforme, de bordos difusos, ora úmida, ora sêca, e levemente escamosa. A lesão, como de regra, aliás, nada tinha de particular e não permitia suspeitar o verdadeiro diagnóstico. A aplicação de uma solução de nitrato de prata fazia regredir a lesão, que, entretanto, recidivava pouco tempo depois. Durante mais de dois anos não pôde observar a doente, que se ausentara para Buenos Aires. De volta ao Rio, referiu a paciente que, durante vários meses, a placa eczematiforme não mudou de aspeto e seguiu a mesma evolução, regredindo por vêzes e reaparecendo em seguida. Pouco antes de voltar ao Rio, consultou na capital argentina o Prof. M. Quiroga, o qual não teve dúvida em levantar a suspeita de Doença de Paget. O exame histológico foi praticado já em nossa cidade, pelo Prof. H. Portugal, que encontrou lesões histológicas características. A placa se apresentava então com outro aspeto — sêca e descamativa, contornando em parte o mamilo, não tendo de largura mais que um centímetro, bordos bem marcados e limitados por ourela elevada, base de consistência papirácea. O exame do seio nada revelou de anormal, e não havia gânglios na região axilar respectiva. À vista do diagnóstico, havia indicação formal para uma mastectomia total, indicação, entretanto, difícil de ser aceita pela paciente, à vista da aparente benignidade do caso. Fez-se, então, uma consulta por carta ao Prof. George Peck, de New York, a quem foi remetida uma lâmina, e a resposta, como era de esperar, foi decisiva em favor da intervenção radical. Praticada

esta pelo Dr. Darcy Monteiro, tornou-se possível o estudo completo da peça, o qual foi meticulosamente realizado pelo Prof. Amadeu Fialho.

Foi êsse o primeiro caso em que o autor conseguiu um exame histológico completo, pois em alguns outros que teve ocasião de observar, não alcançou consentissem as doentes na mastectomia. Acredita mesmo seja a primeira observação entre nós em que a mama foi integralmente explorada. As pesquisas realizadas pelo Prof. Fialho mostraram as mesmas lesões cutâneas assinaladas pelo Prof. Portugal, e mais células carcinomatosas ao nível da parte terminal dos canais galactóforos. As glândulas mamárias, além de lesões de mastoplazia, nada mais apresentavam, não havendo aí, nem nos gânglios, qualquer alteração blastomatosa.

Tece algumas considerações em tôrno das diversas concepções conhecidas quanto à natureza e origem da Doença de Paget, mostrando que, pelo menos no caso em aprêço, no qual um estudo completo pôde ser realizado, as lesões neoplásicas se iniciaram nos ductos glandulares, como pensam vários pesquisadores.

DISCUSSÃO:

Dr. D. Peryassú — Ressalta o valor do trabalho do Prof. Mota, quando, após a mastectomia, solicitou o exame histopatológico. Penitencia-se, pois, de em dois casos da Policlínica Geral do Rio de Janeiro não haver mandado proceder ao exame ulterior da peça.

Prof. H. Portugal — Depois de vários comentários sôbre o que tem observado em casos de Paget, manifesta-se a favor da conduta operatória.

SÔBRE UM NOVO TRATAMENTO DA DERMATITE LINEAR SERPIGINOSA — Dr. MÁRIO RUTOWITSCH

Após tecer alguns comentários sôbre esta curiosa afecção, faz referências aos antigos métodos terapêuticos aconselhados, terminando por propor um novo tratamento com aplicações oleosas de um preparado contendo metadioxibenzeno, éteres butílico e etílico do ácido para-amino-benzóico em óleo vegetal neutro, com o que obteve a cura completa de 12 casos.

As vantagens do novo tratamento são: acalmia imediata do prurido e da dor, imobilização e morte da larva em apenas 3 a 4 dias, sem qualquer malefício para o doente.

DISCUSSÃO:

Dr. D. Peryassú — Retifica, inicialmente, as palavras do Dr. Rutowitsch ao declarar que, como substância ativa na fórmula proposta por Ramos e Silva, o salicilato de metila desempenhe papel relevante como parasiticida. Ramos e Silva, ao propor uma fórmula terapêutica para tratar a larva migrans, indicou como princípio ativo o óleo essencial de quenopódio.

A seguir, enaltece os méritos do trabalho do Dr. Rutowitsch, pela sua simplicidade e pelos êxitos obtidos, segundo suas declarações. Relata as dificuldades atuais no tratamento da larva migrans, em virtude da diversidade das larvas encontradas como causadoras desta doença. Reporta-se ainda à dificuldade que temos no momento em separar as formas da doença causadas pelas larvas de nematódios e as causadas por larvas de insetos. A seu ver, os casos de larva migrans determinados pela larva dos nematódios são mais accessíveis ao tratamento, ao passo que nos de origem larvária de insetos a terapêutica é bem mais difícil.

Fot. feita em 19/4/51

Fot. feita em 5/4/51

Fot. feita em 24/3/51

SÔBRE UM CASO DE ERITEMATODES DE FORMA BENIGNA FIXA, COM REGRESSAO TOTAL DAS LESÕES SOB O CORTISONE — Dr. O. Cruz

Apresenta a seguinte observação:

"1.ª consulta em 20/12/50.

M. L. G., brasileira, casada, 24 anos, doméstica, residente em Campos, Estado do Rio.

Antecedentes mórbidos hereditários e pessoais: pai e um irmão falecidos de T. P., tem um irmão vivo que sofre da mesma infecção. Mãe viva e sadia. A paciente refere-se apenas às doenças próprias da infância.

História da doença atual: há 10 meses teve início a doença, com prurido e aparecimento de lesões eritêmato-escamosas na extremidade distal do nariz, dispostas em uma pequena placa, que tem aumentado progressivamente de tamanho. Procurou, no início da doença, o pai do autor, que fizera o diagnóstico e receitara ouro. A paciente, entretanto, não fez a medicação prescrita. Há um mês, idênticas lesões apareceram na região malar direita.

Descrição das lesões ativas: apresenta, na face dorsal e asas do nariz, lesão eritematosa, recoberta por escamas branco-amarelo-pardas, muito aderentes e unidas entre si, com predominância na parte central. Na periferia, encontram-se ceratinizações punctiformes e infundíbulos foliculares dilatados, dando o aspeto comparável a um bordado.

Diagnóstico clínico: eritematodes.

Pediu exame histopatológico, o qual foi feito pelo Prof. H. Portugal. Confirmado o diagnóstico.

Em 22/12/50 receitou extrato pancreático e Sterogil. Em 20/3/51, veio à consulta, pior. Receitou-se cortisone (acetato de cortone — 5 grs.). A paciente, entretanto, só pôde comprar 2,5 grs. Esta medicação foi prescrita na dose de 100 miligramas diários, em 2 injeções intramusculares, com intervalo de 12 horas. O tratamento foi iniciado naquele mesmo dia. Em 5/4/51, voltou a consulta, apresentando grandes melhoras (11 dias depois). Em 19/4/51, as lesões estavam pràticamente desaparecidas (21 dias).

Infelizmente, não foi possível continuar as investigações, por falta do medicamento na praça."

Discussão:

Dr. André Mesquita — Felicita o autor pelos resultados obtidos e pergunta se as melhoras obtidas se mantiveram após a suspensão do medicamento.

Dr. O. Cruz — Responde que as melhoras se mantiveram, até a data presente, ou seja, cêrca de 40 dias após a suspensão da droga.

Sessão de 27-6-1951

Expediente:

E' lida carta do Dr. H. Windsor Wade, agradecendo sua eleição para sócio correspondente da S.B.D.S.

Ainda no expediente, foi decidida a designação do Secretário Geral, Dr. L. Campos Melo, para delegado-secretário do Comitê Executivo no Brasil do X Congresso Internacional de Dermatologia, a realizar-se em Londres no mês de julho de 1952.

Ordem do dia:

PARAPSORÍASE EM GÔTA — Prof. F. E. Rabelo

O paciente apresenta um quadro polimorfo, em parte liquenóide, parte psoriasiforme, sob o aspeto de pequenas lesões máculo-papulóides, algumas

cobertas de uma escama escutular aderente, outras já sob involução cicatricial, lembrando tubercúlides papulóides necróticas.

Afastadas as formas de "parapsoríase" pre-malignas: "em placas", "liquenóide", "poiquilodermia de Lane" — talvez adequadamente denominadas "moléstia de Brocq" (Rona) — resta a verdadeira parapsoríase "em gôtas".

Esta forma parece guardar certas relações com a tuberculose — ou, pelo menos, com a tuberculina.

O caso será estudado, neste sentido.

DISCUSSÃO:

Prof. H. Portugal — Julga que o diagnóstico clínico tem mais valor do que o histológico, no presente caso.

SÍFILIS MALIGNA PRECOCE — Dr. R. D. AZULAY

O autor não forneceu resumo.

DISCUSSÃO:

Prof. H. Portugal — Tem a impressão de que há 30 anos atrás êsses casos eram mais numerosos. Viam-se com certa frequência na enfermaria da Clínica Dermatológica e nos ambulatórios antivenéreos.

Dr. L. Campos Melo — Diz que a raridade da sífilis maligna precoce, referida pelo Dr. Azulay, está de acôrdo com os dados do Serviço de Doenças Venéreas da Prefeitura: entre cêrca de 4.000 casos de sífilis recente matriculados nos últimos anos, só foram registrados 3 casos de sífilis maligna precoce.

CASO PRÓ-DIAGNOSE (ANGIO-LUPÓIDE ? SARCOIDOSE ?) — PROF. F. E. RABELO

A paciente, mulher jovem de 20 anos, apresenta pequena lesão tuberiforme isolada, na cabeça do supercílio direito.

A histologia é tuberculóide (folículos epitelióides), a tuberculina é positiva até 1/10.000.

A sífilis tardia foi eliminada com a sorologia negativa, e o fracasso de 12 doses de Bi óleo-solúvel.

A lepra tuberculóide deve estar presente à discussão diagnóstica, conquanto não existam distúrbios sensitivos e espessamento de nervos (inclusive aferentes).

Resta a hipótese da sarcoidose de Boeck-Schaumann — e a possibilidade de um ângio-lupóide, o que ulterior investigação decidirá.

DISCUSSÃO:

Prof. H. Portugal — Pergunta se há distúrbios de sensibilidade. Acha que a estrutura tuberculóide, mesmo que se encontrem alguns bacilos ácido-resistentes, tanto pode ser de tuberculose como de lepra.

Dr. R. D. Azulay — O caso é muito interessante; falta, entretanto, para completar o seu estudo, um teste lepromínico.

EPITELIOMA ESPINO-CELULAR SÔBRE QUEILITE GLANDULAR (PUENTE)

— Dra. Cecy Mascarenhas de Medeiros

A. C. C., de 50 anos, branca, brasileira, doméstica, casada, natural de Guaxupé, Minas Gerais.

Há 2 anos notou o lábio inferior doloroso e sangrando fàcilmente. Êsse estado piorou pouco a pouco. Não fuma. Ausência de dentes, com algumas raízes mal tratadas. Antecedentes mórbidos sem importância para o caso. Reações sorológicas para a lues negativas.

Apresenta a pele pálida, amarelada, enrugada, com elementos de ceratose senil na região frontal e manchas hiperpigmentadas no nariz e têmporas. O lábio inferior está tomado por uma erosão recoberta de leve induto esbranquiçado, dolorosa, sangrando fàcilmente. Não há repercussão ganglionar.

Pensando num eritematodes de localização puramente labial, a autora pediu a biópsia ao Prof. Portugal, e o resultado foi: epitelioma espino-celular sôbre queilite glandular.

Êste caso está muito bem enquadrado entre os belamente descritos por Puente no seu trabalho "La queilite glandular simple y estados allegados". Buenos Aires, 1934, de que faz pequeno resumo, a saber:

Em 1925, José Puente e Adolfo Azevedo, procurando estudar as "queilites glandulares inflamatórias", descritas por Volkmann em 1870, iniciaram a observação sistemática de todos os enfermos que procuravam a Clínica Dermatológica do Hospital Rivadávia. Puderam, então, com 9 observações, fazer a descrição de um aspecto especial não inflamatório do lábio inferior, caracterizado pela presença de orifícios excretores de glândulas salivares héterotópicas na semi-mucosa, na chamada zona de transição de Klein. Consideraram o processo menos uma doença que uma malformação, sem sintomatologia subjetiva, e que a maioria das vêzes passa despercebida, mas constitui para êsses autores o elemento primordial sôbre o qual vai assentar-se o processo rico de sintomas da queilite glandular inflamatória. A êsse estado assintomático e silencioso, chamaram de queilite glandular simples ou pura.

A partir dêsse trabalho, diversos autores confirmaram a existência dêsse aspecto especial do lábio inferior. Sobretudo os autores espanhóis (Bejarano, Covisa, Gay Prieto) levantaram a hipótese de a queilite glandular ser considerada como afecção pré-cancerosa ou, para Bejarano, uma afecção cancerígena acidental.

Puente descreve a queilite glandular simples, exclusiva do lábio inferior, o qual se apresenta hipertrofiado, projetado para a frente, com o epitélio delicado, murcho, enrugado, com sulcos pronunciados, às vêzes com induto esbranquiçado aderente e com pontos vermelho-arroxeados do tamanho de uma ponta de alfinete, irregularmente repartidos; êsses pontos, vistos com a lente, são na realidade depressões infundibuliformes e correspondem aos orifícios dos condutos excretores das glândulas salivares.

Os pacientes ignoram quando começou o processo, e se admiram mesmo de apresentá-lo. Têm boa saúde, sem que a tuberculose ou a sífilis se incluam entre os seus antecedentes mórbidos gerais. A cavidade bucal é em geral mal tratada. E o que mais chama atenção é a presença de uma pele precocemente senil, pálida, amarelada, com pouca elasticidade, enrugada e com elementos de ceratose senil e atrofia. A afecção, própria da idade adulta, não tem predileção por um ou outro sexo.

A histologia patológica revela a presença, na semi-mucosa do lábio inferior, de glândulas salivares que não existem nos lábios normais senão na parte mucosa e a hipertrofia dessas glândulas, tendo ao redor um processo inflamatório crônico.

Como complicações e contingências da queilite glandular simples, Puente menciona: *a*) queilite glandular inflamatória; *b*) queilite devida à retração cicatricial da pele (em uma paciente com acentuado ectropion do lábio conse-

cutivo a uma radiodermite); *c*) queilite acompanhada de pele senil, ceratose e epiteliomas cutâneos (com diversas localizações: nariz, região temporal, couro cabeludo, rebordo orbitário, coincidência muito frequente que os autores dão como argumento de valor para afirmar o caráter pré-canceroso da queilite glandular); *d*) queilite com formações hiperceratósicas e verrucosas do lábio; *e*) queilite e epitelioma do lábio. Puente menciona 6 casos, de vários autores — 1 baso-celular e 5 espino-celulares.

O baso-celular é de Bejarano, que foi o primeiro a chamar a atenção para a importância das glândulas héterotópicas do lábio inferior como fator primordial no desenvolvimento dêsse tipo de câncer local e propõe que se considere a queilite glandular simples não como uma afecção pré-cancerosa, porque não evolui fatalmente para o câncer, mas como uma afecção cancerígena acidental — dando condições anatômicas locais favoráveis, que, ao lado dos fatores humorais e das irritações, iriam constituir as determinantes fundamentais na gênese do câncer.

DISCUSSÃO:

Prof. H. Portugal — Os epiteliomas do lábio inferior são mais frequentemente originários de leucoplasia. O caso apresentado representa raridade.

Dr. Heitor de O. Cunha — Teve recentemente um caso de queilite do lábio inferior que, resistindo à terapêutica indicada, fez suspeitar um epitelioma espino-celular, confirmado pela biópsia e curado pelos raios X.

ERUPÇAO COM ASPECTO DE ERITEMATODES, SURGINDO APÓS O USO DO ÁCIDO-PARA-AMINO-SALICÍLICO — Dra. CECY MASCARENHAS DE MEDEIROS

L. F. R., de 25 anos, branca, brasileira, doméstica, solteira.

Conta que há dois meses foi-lhe receitado "Apassal" (ácido-para-amino-salicílico) — 20 comprimidos por dia, aparecendo-lhe em seguida pequenas manchas vermelhas na face.

Procurou o Ambulatório após uma semana de uso do medicamento, apresentando, nas regiões esternal, frontal, mentoniana, malar e dorso do nariz, placas eritêmato-escamosas, ligeiramente infiltradas, sem atrofia central, parecendo tratar-se de um caso de eritematodes. Após 15 dias de supressão do medicamento, a paciente se viu curada sem nenhum tratamento.

DISCUSSÃO:

Dr. E. Drolhe da Costa — Lembra um caso semelhante produzido pelo acido-para-amino-salicílico em doente de lepra, forma lepromatosa: o doente apresentava o mesmo aspecto de lesões com localização nos membros superiores e face, dando a impressão de eritematodes. A suspensão do medicamento fez com que regredissem as lesões.

Prof. H. Portugal — Acha que no caso houve interferência da luz solar. A côr clara de pele e as efélides demonstram a sensibilidade da paciente aos raios actínicos.

Dr. R. D. Azulay — Tivemos a oportunidade de ver a paciente há uns 20 dias; o aspecto clínico era muito sugestivo de eritematodes. O desaparecimento completo e rápido das lesões, pela supressão da droga, é impressionante. Conviria, entretanto, para documentar com maior precisão o caso, fazer com que o paciente ingerisse novamente a droga, a fim de verificar a reprodução da dermatite.

LEISHMANIOSE: POLIPO NASAL E LESÕES CIRCINADAS DA GLANDE — Dr. R. D. Azulay

O interêsse do caso reside no fato de apresentar o paciente dois tipos eruptivos extremamente raros; a raridade se torna maior ainda, levando-se em consideração a concomitância das lesões.

Trata-se de um paciente, residente em Niterói, pardo e com 30 anos de idade (Ficha 2.205). Adquiriu a doença há 4 anos. No momento apresenta, além de intensa disfonia, as seguintes lesões: *a*) na narina direita, observa-se uma lesão poliposa implantada no septo cartilaginoso; mede 1,5 cm. no seu maior diâmetro; é arredondada, lisa e brilhante; apresenta, na superfície, pequenos pontos avermelhados; *b*) na parte posterior do palato mole, a face anterior da úvula e no cavum posterior, observa-se uma infiltração em lençol, com superfície lobulada, porém não erosiva; *c*) na glande observa-se a presença de lesões túbero-erosivas circinadas e confluentes.

Exames complementares:

1 — R. de Montenegro — Positiva
2 — Sorologia de lues (Wass., Kahn e Kline) — Negativa
3 — Mantoux — Negativo a 1 °/₀₀
4 — Urina — Normal
5 — Hemograma:
Hematias — 4.1
Hemoglobina — 80 %
Leucocitos — 8.400
B — 7 %
S — 57 %
E — 8 %
B — 0 %
L — 22 %
M — 6 %
6 — Feses: — Larvas de Strongiloides stercoralis e raros ovos de A. lumbricoides.

Terapêutica: foi feita com o tártaro emético a 1 %. Com 2 meses de tratamento, o polipo desapareceu completamente, as lesões da glande cicatrizaram e a disfonia melhorou muito.

Discussão:

Dr. Drolhe da Costa — Felicita o autor por seu caso, que é raro entre nós, e lembra o caso descrito pelo Prof. Flaviano Silva, na Bahia.

ESPOROTRICOSE SIMULANDO CROMOBLASTOMICOSE — Drs. R. D. Azulay e O. Serra

Apresentamos o presente caso, chamando a atenção para a multiplicidade de aspectos clínicos que a esporotricose apresenta entre nós. Trata-se de um homem (F. R.) de 58 anos de idade, branco, brasileiro, pedreiro, solteiro e residente no E. Santo. (Ficha 2.271).

Sua doença data de 8 meses e iniciou-se por um nódulo na parte média da perna direita; em seguida, surgiram lesões idênticas em trajeto mais ou menos linear, e em direções ascendente e descendente; êsses nódulos fistulizaram e tornaram-se vegetantes e verrucosos; persistem até hoje; algumas dessas lesões verrucosas apresentam-se recobertas de crostas e outras deixam ver uma superfície nua com pequenos pontos amarelados (micro-abcessos).

O diagnóstico feito inicialmente foi de cromoblastomicose. A cultura mostrou, entretanto, tratar-se de S. Schenckii. O tratamento com KI pela boca foi suficiente para curar o paciente.

DISCUSSÃO:

Prof. H. Portugal — O caso apresentado é o inverso do publicado pelo Dr. Edson de Almeida. Tratava-se de uma erupção nodular em cadeia no membro superior, na qual foi encontrada a Fonsecai-Pedrosoi.

Dr. E. Drolhe da Costa — Diz haver observado, últimamente, casos de esporotricose da face e dorso da mão, com linfangite ou aspectos de piodermite crônica e epitelioma, e raramente os casos de lesões exuberantes úlcero-crostosas, o que antigamente observava com mais frequência.

CASO DE DERMATITE POR CONTACTO DE SALIVA — Dr. L. CAMPOS MELO

Há um ano e meio, nas partes salientes da face, em menino de 6 anos. Originada pelo cacoete de depositar saliva no antebraço e esfregar na face, repetidamente. As lesões consistem de áreas eritematosas não exsudativas, com aspecto de semi-mucosa. O diagnóstico foi feito tendo em vista um caso anterior que viu na enfermaria de dermatologia da Santa Casa de Belo Horizonte.

Secção do Rio Grande do Sul

Sessão de 30-3-1950

Dando início aos trabalhos, o Prof. Pereira Filho declara aberta a sessão e convida o novo Presidente, Prof. Carlos Leite Pereira da Silva, para assumir a direção da Casa, ao mesmo tempo que faz uma saudação ao ilustre professor que regerá os destinos da Sociedade durante o corrente ano.

A seguir, o Prof. Carlos Leite agradece as palavras de seu antecessor e dá posse aos demais membros da diretoria, que são os Drs. Ênio Campos (1.º Secretário), Antônio Louzada (2.º Secretário) e Halley Marques (Tesoureiro).

EXPEDIENTE:

O secretário lê o "Convite oficial" para o 1.º Congresso Ibero-Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia, enviado pela comissão executiva, do Rio de Janeiro.

ORDEM DO DIA:

ESCLERODERMIA GENERALIZADA (Apresentação de um caso) — Dr. FUAD

E' apresentado o indivíduo W. A., 36 anos, branco, casado, comerciário. Sua história revela que se encontra doente há 8 meses, mais ou menos; seus males começaram por uma sensação de pêso no mento. Mais tarde, passou a sentir um repuxamento da pele no maxilar inferior. Fez a extirpação de 6 dentes. Continuou piorando, com a sensação de repuxamento contínuo a extender-se progressivamente pelo pescoço, membros superiores, tórax e membros inferiores. Seu pêso diminuía gradativamente. Seus movimentos tornavam-se difíceis, a ponto de sentir-se o enfermo como se estivesse amarrado. Fez tratamento de hormoterapia cruzada, sem resultado. Por indicação de outro clínico, fez carboxiterapia; após 10 aplicações, sentia-se pior. Quase não se alimentava. Perdeu 14 quilos. Ficou sexualmente impotente. O exame objetivo atual revela facies em máscara. Cisura labial desaparecida. Esclerodactilia. A pele, na sua quase totalidade, principalmente no lado esquerdo do rosto, parte anterior do tórax,

abdomen e nas mãos, apresenta-se fria, sêca, dura e inelástica, não deslisando sôbre os planos. Acentuam-se manchas esbranquiçadas na região esternal e na parte interna da nádega D. Pontos esbranquiçados nas extremidades dos dedos, que se formam após parestesia dos mesmos, semelhante à sindrome de Reynaud. Ausência de pigmentação na implantação do couro cabeludo, parte frontal e nuca.

Exames complementares: radiografia dos pulmões: ápices permeáveis. Sombra infiltrativa de aspecto regressivo em ambos os 2.° espaços intercostais anteriores. Hilos densos e aumentados. Calcificações para-hilares à E. Numerosos micro-nódulos duros e disseminados nas arborescências bronco-vasculares. Diafragma de aspecto normal. Radiografia do esôfago: normal; trânsito rápido e sem obstáculos. Radiografia da mão D.: sem lesões ósseas ou articulares. Radiografia da face: sinusite maxilar bilateral, mais pronunciada à D. Sorodiagnóstico da lues em 30-9-49 e 9-3-50: negativos ambos. Reação de Frei: negativa. Hemograma: 3.400.000 eritrócitos e 15.000 leucócitos. Metabolismo básico: +2,5 %

DISCUSSÃO:

Dr. C. Bopp — Felicita o A. pelo interessante caso apresentado. Acha conveniente o exame neurológico, pois parece tratar-se de um caso de esclerodermatomiosite. Cita trabalhos de autôres norte-americanos sôbre a patogenia da esclerodermia.

Dr. Antônio Louzada — Felicita o A. e tece comentários sôbre as manifestações de asfixia local dos dedos e podarticulos do paciente, acompanhadas de zonas esclerodérmicas e impotência sexual, tal como se observa em casos de doença de Reynaud. Comenta as obscuridades da patogenia da esclerodermia e da sindrome em questão, e lembra que as perturbações endocrínicas, presentes comumente em ambas, estão a exigir estudos e pesquisas esclarecedoras.

LÍQUEN PLANO ZONIFORME — Dr. ARMIN NIEMEYER

E' exibido um paciente de 38 anos, advogado, o qual apresenta, dêsde alguns meses, uma lesão linear do braço D., descendo desde a região escapular até o punho, isto é, braço e ante-braço, que à primeira vista parece um nevus verrucoso unilateral e linear. A lesão é muito pouco pruriginosa. Examinando-se, porém, a lesão com mais cuidado, vê-se que ela é constituida por pápulas caraterísticas de liquen ruber plano. O paciente recusou submeter-se a uma biopsia para exame histopatológico.

Não havendo mais casos a apresentar, é exposto pela diretoria um programa de trabalho, aprovado pela assembléia e que ficou, em linhas gerais, assim elaborado: realização de 2 sessões mensais, pela manhã, na primeira e terceira quinta-feira de cada mês.

Antes de encerrar a sessão, o Prof. Carlos Leite propõe um voto de louvor pela brilhante gestão do Prof. Pereira Filho e seus auxiliares durante o ano de 1949, o que é aprovado pelos presentes.

A seguir, é encerrada a sessão.

Sessão de 27-4-1950

Aberta a sessão, passa-se à ordem do dia:

ESCLERODERMIA (apresentação de um caso) — Dr. HALLEY MARQUES

O A. apresenta um paciente do sexo feminino, que conta a seguinte história: há 1 ano e meio, sofreu uma queda, batendo com o ventre numa travessa de madeira e traumatizando a região do hipocôndrio. E, onde surgiu

mácula avermelhada. Usou vários analgésicos. Mais tarde, sôbre a parte central da mácula, notou mancha esbranquiçada, tornando-se a pele lisa e endurecida. Atualmente há uma placa branca, arredondada, de cêrca de 6 a 7 cm. de diâmetro, no hipocôndrio E., com pele endurecida, e cercada por uma área eritematosa. Na região epigástrica, há mácula eritematosa menor. Reações sorológicas para a sífilis: negativas. Reação de Frei: negativa. Exame histopatológico revelou esclerose.

DISCUSSÃO:

Dr. A. Niemeyer — Felicita o A. pelo interessante caso apresentado. Refere-se à possibilidade da ação dos analgésicos usados pela paciente. Citou trabalhos norte-americanos sôbre a influência dos tóxicos. Faz referência à ação dos anti-histamínicos e da vitamina E no tratamento.

D. Ênio Campos — Acha interessante uma biópsia da parte eritematosa.

Nada mais havendo a tratar, o presidente agradece a presença dos acadêmicos José Caporal e Wilson Warth, e, a seguir, encerra os trabalhos.

Sessão de 4-5-1950

(Reunião conjunta com a Sociedade de Higiene e Saúde Pública do Rio Grande do Sul)

Aberta a sessão, é concedida a palavra ao conferencista da noite:

ESTUDOS COM A FASE BACILAR DO SROROTRICHUM SCHENCKI — Dr. NEWTON NEVES DA SILVA

O A. baseado nos trabalhos de Davis, Negroni e Campbell, obteve formas biológicas de "Sporotrichum schencki", idênticas às encontradas em parasitismo. Usando o meio de Francis (agar-coração-cistina-hemoglobina), obteve colônias cremosas, brancas, com predominância quase exclusiva de elementos bacilares, alongados, em forma de charuto, outros ovais, sempre gram-positivos. Prefere denominar estas formas de fase bacilar do "Sporotrichum schencki".

Suspensões do cogumelo em "fase bacilar" foram usadas como antigeno em soro-aglutinações e índice opsono-citofágico. A soro-aglutinação rápida, que, em títulos de 1/2 já é suficiente para firmar o diagnóstico de esporotricose, mostrou-se uma reação muito útil, por sua rapidez e especificidade. Igualmente, a soro-aglutinação lenta, em tubos, revelou-se uma reação altamente sensível e específica, a partir de títulos de 1/16. Foram examinados 11 casos de esporotricose com estes antigenos, e todos se mostraram positivos. Os contrôles foram negativos.

A determinação do índice opsono-citofágico constitui mais um elemento de real valor específico no diagnóstico da esporotricose; serve para verificar o estado atual de reação imunitária do paciente e abre novos horizontes para os estudos imunológicos desta micose.

Inoculando coelhos com várias raças de "Sporotrichum schencki" o A. procurou verificar, com o respectivo anticorpo, a existência de tipos sorológicos nas amostras estudadas. Realizou aglutinações cruzadas entre as mesmas, tanto com sôro integral, como com sôro absorvido com a raça homóloga. As amostras estudadas mostraram constituir uma unidade sorológica. Sugere que o mesmo deva existir com todo Sporotrichum produtor de esporotricose. Lembra, para isso, que se faça um estudo com amostras de tôdas as espécies descritas e que se utilizem os métodos sorológicos em todos os trabalhos de identificação e classificação dos Sporotrichum.

Ao terminar seu trabalho, o autor foi muito aplaudido pelos presentes. Usaram da palavra, enaltecendo o valôr e a importância do mesmo, os drs. D.T. Clausell, Ênio Campos, Halley Marques e Candal dos Santos.
E nada mais havendo a tratar, o sr. Presidente encerra a sessão.

Sessão de 22-6-1950

E' aberta a sessão na hora regulamentar.
Proposta de sócio: pelos drs. Ênio Campos, Antônio Louzada e Pessoa Mendes, é proposto para sócio efetivo o Dr. Armin Bernhard, aceito por unânimidade.

ORDEM DO DIA:

MICOSE FUNGOIDE (Observações sôbre 2 casos) — Dr. ÊNIO CAMPOS

O A., após lembrar um caso trazido a esta Sociedade em 1-8-46, apresenta farta documentação fotográfica e observações sôbre dois casos típicos de micose fungóide, diagnosticados clínica e histopatològicamente. Ambos se encontram em fase avançada, com lesões tumorais (micofungomas). Salienta: 1) a raridade da afecção entre nós; 2) a dificuldade de diagnóstico na fase inicial, pré-micósica; 3) a suspeita de lepra, em ambos os casos, levantadas pelos colegas não especialistas, em face das infiltrações difusas e alopecias superciliares; 4) as tentativas terapêuticas, principalmente no segundo caso, em que foi tentada, além de outros medicamentos, a sulfona (sulfonazina) e posteriormente a aureomicina, sem resultado. A única medicação que trouxe melhora, sòmente da sintomatologia pruriginosa, foi a chaulmoôgrica. O autor pretende continuar observando os casos e apresentar observações posteriores.

DISCUSSÃO:

Dr. A. Niemeyer — teve oportunidade de observar vários casos de micose fungóide nos Estados Unidos, onde estavam empregando medicação chaulmoôgrica que produzia melhoras subjetivas com diminuição do prurido.
Nada mais havendo a tratar, o Sr. Presidente encerra a sessão.

Sessão de 24-8-1950

ORDEM DO DIA:

IMPRESSÕES SÔBRE O XXXVII CONGRESSO ITALIANO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA — Dr. JOSÉ PESSOA MENDES

Discorreu o Dr. Pessoa Mendes, representante do Estado do Rio Grande do Sul, sôbre o que foi o referido Congresso, realizado sob os auspícios da Sociedade Italiana de Dermatologia e Sifilografia, em Montecatini e Firenze, durante o período de 13 a 16 de maio do corrente ano.
(O autor não apresentou resumo para publicação)
Nada mais havendo a tratar o Sr. Presidente encerra a sessão.

Sessão de 12-10-1950

Aberta a sessão, o secretário lê um ofício do presidente da IV Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria, comunicando sua realização nesta Capital, durante o período de 6 a 11 de novembro próximo, e um outro, do presidente da Sociedade de Anestesiologia do Rio Grande do Sul, participando sua fundação, nesta Capital.

ORDEM DO DIA:

RELATÓRIO SÔBRE O I CONGRESSO IBERO-LATINO-AMERICANO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA E A VII REUNIAO DERMATOLÓGICA BRASILEIRA — Drs. ARMIN NIEMEYER, CLOVIS BOPP e PESSOA MENDES

Os ilustres colegas, que representaram o Estado do Rio Grande do Sul naqueles conclaves, vivamente impressionados com o êxito alcançado, tecem comentários sôbre os numerosos trabalhos apresentados e referentes aos três temas oficiais: aspectos regionais da sífilis, alergia dermatológica e nomenclatura dermatológica.

(Não apresentaram resumo para publicação).
A seguir, é encerrada a sessão.

Sessão de 7-12-1950

Aberta a sessão, é proposto para sócio efetivo o Dr. Gorki de Lima, pelos colegas Ênio Campos, Clovis Bopp e A. Niemeyer. A proposta é aceita por unânimidade.

ORDEM DO DIA:

DOIS CASOS DE ESPOROTRICOSE CURADOS PELA NEVE CARBONICA — Dr. ARMIN NIEMEYER

O A. apresenta dois pacientes: H. A., 15, escolar e R. A., 28, eletricista, ambos brasileiros. O primeiro, do sexo feminino, consultou em setembro por lesões típicas e situadas em série no antebraço E., face ântero-interna. O cancro esporotricótico localizava-se na ponta do dedo indicador da mão E. Como a menina é portadora de bócio, o médico que a enviou não quis fazer tratamento iodado, tendo administrado sulfas, com algumas melhoras, apenas. O caso curou com poucas aplicações de neve carbônica, feitas semanalmente.

No segundo caso, havia placa infiltrada, isolada, de menos de 10 cm. de diâmetro, ovalar, de onde surde pus, no dorso do pé D. O diagnóstico foi feito pela cultura do Sporotrichum no pus, efetuada pelo Dr. Newton Neves da Silva. Curou com poucas aplicações de neve carbônica.

As aplicações de neve carbônica devem ser feitas com tôda a intensidade, bastante pressão e, pelo menos, meio minuto em cada zona de aplicação. A reação é intensa, a dôr suportável; há grande secreção de serosidade nos dias seguintes, e melhoras muito rápidas. A neve é específica para a esporotricose, que, de tôdas as micoses profundas e superficiais, é a mais grata para a sua aplicação. A neve carbônica pode ser feita isoladamente, bastando por si só como tratamento; ou simultâneamente com a radioterapia e a terapêutica pelo iodo, por via bucal, intravenosa ou pela iontoterapia.

POIKILODERMIA ATROPHICANS VASCULARIS DE PETGES-JACOBI — Dr. CLOVIS BOPP

O A. faz apresentação do seu 3.º caso observado nêste Estado. Refere-se aos dois primeiros casos apresentados no ano passado, pertencentes à mesma familia. Cita a terapêutica empregada (Vit. B6), com melhora das telangiectasias. (Não apresentou resumo para publicação).

LEISHMANIOSE. OBSERVAÇAO DE UM CASO — Dr. Clovis Bopp

O A. apresenta um paciente do município de Erechim, portador de grande destruição das partes moles do nariz, lesões infiltradas no lábio superior com pequena destruição. E' doente há 10 anos. Com 3 meses de idade teve grande ferida na fronte, onde apresenta, ainda, extensa cicatriz. Sorologia negativa para lues. Reação de Montenegro: ++++ (ulceração). Trouxe o caso pela possível confusão com sífilis congênita. (Não apresentou resumo para publicação).

TUBERCULOSE VERRUCOSA — Dr. Clovis Bopp

Apresenta o A. um cidadão idoso, portador de lesões verrucosas há 20 anos. Exames complementares feitos: Pesquisa do bac. de Koch nas lesões e escarro: negativa; Phialophora, pesquisa direta e cultural: negativa; Indice da hemosedimentação: 59; Radiografia dos pulmões: aspecto de granulia. Como o paciente apresentasse franca evolução das lesões, foi empregada a estreptomicina na dose de um grama diário. O paciente está em tratamento há 16 dias, e apresenta grande melhora das lesões, que estão em franca involução.

A seguir, o Sr. Presidente comunica que a próxima e última reunião do ano será realizada no próximo dia 23 do corrente, com eleição da nova diretoria para o ano de 1951.

Sessão de 23-12-1950

Aberta a sessão, o secretário lê um ofício do Prof. Eliseu Paglioli, comunicando a realização, nesta Capital, do IV Congresso Sul-Americano de Neuro-Cirurgia, durante o período de 22 a 28 de abril próximo. Há outro ofício do presidente da Associação Paulista de Medicina, comunicando a realização do III Congresso Médico daquela Associação, de 23 a 28 de janeiro próximo.

A seguir, o Presidente comunica a finalidade da presente reunião, qual seja a de eleger a nova diretoria para o ano vindouro.

Feitas a votação e apuração, eis o resultado:

Para Presidente: Dr. Enio Candiota de Campos
" 1.º Secretário: Dr. José Pessoa Mendes
" 2.º Secretário: Dr. Newton Neves da Silva
" Tesoureiro: Dr. Armin Bernhard

Anunciado o resultado, a nova diretoria é saudada com uma salva de palmas. A seguir, o Sr. Presidente encerra a sessão.

Secção de São Paulo

(Departamento de Dermatologia e Sifilografia da Associação Paulista de Medicina)

Sessão de julho de 1951:

APRECIAÇAO CLÍNICA DA TOLERANCIA AO AMINO-ARSENO-FENOL (EPARSENO) EM DOENTES DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA — E. M. GUERRA, L. M. BECHELLI e L. BATISTA.

A observação de certas intolerâncias no decorrer do tratamento com o amino-arseno-fenol induziu os autôres a fazerem uma tentativa de fixar-lhes melhor a natureza e frequência, bem como os meios de tratá-las e, o que é mais importante, previní-las.

Após referirem a bibliografia existente sôbre o assunto, passam a considerar o material de estudo, que consiste em 18 casos de leishmaniose, submetidos ao tratamento com doses variáveis de amino-arseno-fenol. Fazem ressalvas quanto ao material, assinalando o reduzido número de observações que não permite apreciação segura do assunto e generalização das conclusões. Mencionam, então, as alterações que foram evidenciadas nos diversos órgãos.

1) *Modificações do quadro hematológico*: o medicamento determinou, muito frequentemente: *a*) diminuição do número de glóbulos vermelhos e brancos, dos neutrófilos e da taxa de hemoglobina, e aparecimento de formas jovens; *b*) eosinofilia; *c*) oscilações para mais ou para menos do número de linfócitos. Não interferiu, sensivelmente, no valor globular, e pouco influenciou o número de monócitos.

2) *Rins*: apenas em dois casos observou-se ligeira hematuria e discreta albuminúria. A droga habitualmente não afetou os rins, mesmo em pacientes que chegaram a tomar elevado número de doses (54 em um caso).

3) *Fígado:* o medicamento provocou, com certa frequência, distúrbios hepáticos. A frequência dêstes poderá ser sensivelmente diminuida, dêsde que se inicie a terapêutica após a correção de eventuais processos hepáticos e se faça a hepatoproteção, concomitantemente, com as injeções do arsenical.

4) Nos 18 casos não se observou qualquer reação cutânea ou sinal de intolerância para o lado dos outros órgãos.

Em vista de seus achados, encarecem os AA. a necessidade de se fazerem exame clínico e certos exames de laboratório (pelo menos hemograma, prova de bromosulfaleína, prova de Hanger, exame de urina tipo O, e urobilinogênio na urina) antes do tratamento e depois dêle, visando à evidenciação de distúrbios que possam contra-indicar, ou tornar mais cauteloso, o tratamento com o amino-arseno-fenol.

O TRATAMENTO DA SÍFILIS PELA PENICILINA-PROCAÍNA EM PACIENTES DO AMBULATÓRIO DA FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA — J. M. BARROS, O. SIMONSEN e W. PIMENTA.

Os autôres tecem comentários sôbre o tratamento da sífilis pela penicilina, desde os primeiros esquemas em que se utilizava a penicilina cristalina em solução aquosa, até os esquemas mais modernos com penicilina-procaína e monostearato de alumínio.

Apresentam, a seguir, o resultado de 39 pacientes que receberam tratamento exclusivamente com injeções de penicilina-procaína cada 24 horas, e que foram seguidos, mensalmente ou cada 2 meses, clínica e sorològicamente, num mínimo de 6 meses e num máximo de 33 meses.

Os pacientes eram portadores dos seguintes diagnósticos: 5 casos de sífilis primária pré-sorológica, com pesquisa direta positiva, para Treponema pallidum, em campo escuro; 9 casos de sífilis secundária; 15 casos de sífilis latente recente (menos de 2 anos); 6 casos de sífilis latente tardia; 2 casos de sífilis congênita latente tardia.

Os esquemas utilizados foram os seguintes:

a) — 15 pacientes receberam 600.000 unidades de penicilina procaína em solução aquosa, cada 24 horas, num total de 6 milhões de unidades;

b) — 13 pacientes receberam 300.000 unidades de penicilina procaína em solução aquosa, cada 24 horas, num total de 6 milhões de unidades;

c) — 6 pacientes receberam uma injeção de penicilina procaína reforçada (300.000 pen. procaínica e 100.000 pen. cristalina) cada 24 horas, num total de 6 milhões de unidades;

d) — 5 pacientes receberam 300.000 unidades de penicilina procaína em solução aquosa, cada 24 horas, num total de 3 milhões de unidades.

Resultado da observação:

1) os casos de sífilis primária sôro-negativos continuaram a apresentar sorologia negativa, observados num mínimo de 6 meses e num máximo de 16 meses após o tratamento;

2) 24 casos negativaram, do 3.º ao 9.º mês após o tratamento;

3) 9 casos apresentavam títulos continuamente mais baixos, observados num máximo de 10 meses;

4) 1 caso de sífilis latente recente, após 10 meses de observação, apresentava a sorologia oscilando entre 16 e 32 unidades, pelo que foi considerado insucesso terapêutico e repetido o tratamento. Êsse caso havia sido submetido ao tratamento pela penicilina reforçada (400.000 unidades).

Dos 39 casos apresentados, 12 foram seguidos por mais de 1 ano. O contrôle post-tratamento dos indivíduos tratados pela penicilina é feito mensalmente, ou, no máximo, cada 2 meses, através de um exame físico sumário e de reações sorológicas quantitativas. No fim de 1 ano de observação é exigido, obrigatòriamente, o exame do líquido céfalo-raquidiano.

O critério de cura dêsses pacientes é baseado na ausência de sinais clínicos da lues, e reações negativas no sangue e no líquor, para a sífilis, após um ano de observação contínua. Não se leva em conta um baixo número de unidades no sangue, após vários meses de contrôle, dêsde que tenha havido uma queda apreciável no título dêsse paciente, após o tratamento. Por esta razão, os 9 pacientes que apresentam sorologia em declínio contínuo podem ser incluídos entre os sucessos terapêuticos.

Só restou um caso, que não pôde ser incluído entre os bons resultados apresentados pelos diversos esquemas de penicilina-procaína experimentados pelos AA. entre 39 doentes.

Sessão de agôsto de 1951

ORDEM DO DIA:

A CONTRIBUIÇAO DO SERVIÇO DE SÍFILIS DO SESI NA CAMPANHA CONTRA A SÍFILIS EM SAO PAULO — Dr. J. MARTINS DE BARROS

O autor lembrou que o Serviço de Sífilis do SESI nasceu de uma idéia do saudoso Prof. Paula Souza em aproveitar os recursos modernos da terapêutica antisifilítica para o tratamento dos operários da Capital.

Criado em fevereiro de 1950, êsse Serviço vem funcionando ininterruptamente. Até o presente momento já foram colhidas amostras de sangue de cêrca de 30.000 operários só na Capital, tendo sido iniciados os exames no interior do Estado.

O autor, que é médico-chefe dêsse Serviço, passa a apresentar os resultados referentes aos 20.000 primeiros operários examinados.

Em 20.892 operários na capital paulista foram encontrados 897 exames de sangue positivos, o que dá uma porcentagem de 3,8 %.

Os brancos (18.817) apresentavam 3,25 % de positividade sorológica, os pardos (1.158) 8,8 % e os pretos (892) 9,4 %.

Em 13.453 homens a positividade foi de 4,3 %, enquanto que nas mulheres, em número de 7.439, foi de 2,78 %.

Em 18.716 operários brasileiros a taxa encontrada foi de 3,9 % de positivos, para 2,9 % entre 2.176 operários estrangeiros.

O autor esclarece que não houve seleção da amostra examinada. Foram visitadas cêrca de 150 fábricas, espalhadas pelos diversos bairros da cidade, não se preferindo nenhum tipo de indústria. Pràticamente todos, ou grande maioria dos operários de cada fábrica foram examinados.

Todos os casos positivos foram examinados clìnicamente, a fim de ser estabelecido o diagnóstico de sífilis. Tanto a colheita de material, o exame físico, como o tratamento, foram feitos no próprio local de trabalho. O tratamento de todos os casos que não apresentavam complicações tardias da moléstia foi feito exclusivamente com 10 injeções de penicilina, de 600.000 u.o. cada uma, em dias alternados. A penicilina utilizada foi a procaínica com 2 % de monostearato de alumínio.

O autor teceu vários comentários, procurando interpretar os dados estatísticos obtidos, e concluiu que o Serviço de Sífilis do SESI, original no gênero, veio prestar uma grande informação a médicos e sanitaristas: a sífilis não apresenta os índices elevados que todos julgam existir em nossa população.

SÔBRE UM CASO DE SARNA CROSTOSA ENXERTADA SÔBRE PLACAS MÚLTIPLAS E CONFLUENTES DE DERMATITE VERRUCOSA CROMOMICÓTICA TUBERCULÓIDE, POR "HORMOLENDRUM PEDROZOI", COM MAIS DE 30 ANOS DE DURAÇAO. DISCUSSAO PATOGÊNICA — Dr. BENJAMIN ZILBERBERGE

O autor submete o caso à apreciação dos colegas por considerá-lo raro, o único na literatura dermatológica, e altamente instrutivo do ponto de vista da sua patogenia.

O seu interêsse reside: 1) na presença de uma vasta extensão do tegumento recoberta por crostas, perfazendo o quadro clássico da sarna crostosa, com os exames positivos para grande número de ácaros e ovos.

2) na presença de lesões outras, debaixo das crostas, de caráter verrucoso, de configuração serpiginosa, e de cicatrizes cujos bordos mostram ainda lesões ativas. Exames positivos para o hormodendrum pedrozoi, tanto o histológico, como o direto e cultural.

As lesões crostosas da sarna só dominam nas superfícies verrucosas da cromomicose e não ultrapassam a estas, de tal maneira que os limites de uma se confundem com os da outra. Fora dessa área serpiginosa e cicatricial, há apenas lesões de sarna comum, tais como pápulas, vesículas, crostículas hemorrágicas, etc.

As áreas cicatriciais estão quase indenes de crostas, não contendo ácaros.

3) Evolução da cromomicose desde os 16 anos de idade, portanto com quase 40 anos de duração.

O paciente que tem 53 anos, conta que aos 16 anos apareceram-lhe no abdómen 3 pequenas lesões verrucosas que, depois aumentaram de tamanho e de número. Nunca tratou delas. Sòmente há dois anos é que surgira por cima dessas antigas lesões, as crostas acompanhadas de intenso prurido.

Ao exame, nota-se que grandes superfícies crostosas recobrem a pele da região glútea direita até a altura correspondente à região peitoral. Mais para a região lateral e face anterior do abdómen, as lesões perdem o caráter crostoso, para reduzir-se a grupos de placas cicatriciais confluentes, de halo verrucoso franco. Onde as crostas abundam os bordos são serpiginosos, tuberculóides, salientes; notam-se, sob as crostas, lesões papilomatosas, vermelhas, sangrando com facilidade. Não há crostas além das placas verrucosas. No resto do tegumento vêem-se lesões de sarna banal.

Os exames de laboratório mostram: Eosinofilia e anemia. Ancilóstomos nas fezes. Urina normal. O exame direto do material crostoso mostra abundância de ácaros e ovos, assim como surpreendente quantidade dos corpos pardos do hormodendrum, mais do que habitualmente se costuma encontrar. Tanto ao exame fresco como ao histológico, os dois parasitos vivem lado a lado sem que, entretanto, um englobe ou parasite o outro. Ao exame histológico vêem-se os ácaros dentro das fileiras córneas, assim como grupos de hormodendrum pedrozoi, fato raro e que pode provar o contínuo contágio e extensão das lesões. Na derme, muitos parasitos dentro das células gigantes, que são em grande número e centrando microabcesso monocitário.

A infestação do paciente pelos ácaros, e sòmente nas superfícies hipertróficas, — verrucosas, papilomatosas, prova a necessidade de uma constituição particular da pele (vegetante), localizadora e predisponente, conforme já afirmava Darier. O caso presente exemplifica a primeira observação do autor sôbre a sarna crostosa.

DISCERATOSE DE BOWEN. A PROPÓSITO DE UMA FORMA VEGETANTE, PERIANAL, SIMULANDO GRANULOMA VENÉREO, EVOLUINDO EM INDIVÍDUO COM LEISHMANIOSE CUTANEA ATIVA. ESTUDO CLÍNICO E HISTOLÓGICO — Dr. Benjamin Zilberberg

O caso que o autor apresenta é interessante pelos seguintes fatos:

1.º — Trata-se de uma localização perianal, fato raríssimo na literatura médica.

2.º — E' de evolução crônica, longa, em um período de mais de vinte anos.

3.º — A lesão é vegetante, bem saliente, pouco verrucosa, ao contrário das formas pápulo-verruco-crostosas banais.

4.º — Há coexistência com outras lesões cutâneas, como o vitiligo e a leishmaniose.

5.º — As reações sorológicas para a sífilis são positivas.

O paciente, pardo, de 55 anos, apresentava diversas lesões na região perianal, braço esquerdo, joelho esquerdo, e região abdominal inferior. Na região perianal notava-se a presença de duas placas salientes, uma de cada lado do orifício anal, de bordos bem nítidos e extendendo-se no sentido longitudinal. A lesão direita era um pouco maior que a esquerda. De bordos

nítidos, salientes, policíclicos e hiperpigmentados, de fundo vermelho, papilomatoso (não granuloso), vegetante, e mais pronunciado à medida que se aproxima dos bordos, onde as lesões são mais elevadas e um pouco verrucosas, hiperceratósicas. Para o lado do centro a superfície é mais lisa, luzidia, finamente granulosa. Um exsudato seroso, ligeiramente purulento, recobria as lesões, mostrando de permeio pequenas formações esbranquiçadas de tecido macerado. Cheiro fétido pronunciado.

O paciente, pardo, de 55 anos, apresentava diversas lesões na região peventre. No joelho esquerdo, havia lesões crostosas, salientes, de três centímetros de diâmetro, de bordos pigmentados e ulcerados. No braço esquerdo duas cicatrizes típicas de leishmaniose, de centro atrófico, fino, de papel de seda, com orla pigmentada.

Lesões hipocrômicas de halo hipercrômico, pigmentado, no abdômen inferior, de vitiligo.

Diversos exames foram feitos. As reações de Wassermann e Kahn positivas demonstraram uma sífilis latente assintomática. A reação de Montenegro positiva demonstrou que havia lesões de leishmaniose em atividade ou curadas. A biópsia das lesões crostosas do joelho e da lesão vegetante perianal elucidou o diagnóstico: As lesões do joelho mostraram um granuloma inespecífico, como se encontra ordinàriamente na leishmaniose. O quadro apresentado pela lesão perianal foi, ao contrário, dos mais característicos e típicos do precâncer de Bowen. Uma acentuada hiperacantose, com inúmeras células malpighianas anormais, disceratósicas; corpos redondos; poiquilocarinose; etc., chama a atenção do observador logo ao primeiro golpe de vista. A riqueza das lesões, características da dermatose de Bowen, torna êste caso bem interessante e altamente didático e demonstrativo.

As pesquisas de corpos de Donovani nos esfregaços foi, por diversas vêzes, negativa. O aspecto clínico pela localização lembrava um granuloma venéreo, as lesões hipertróficas e não ulcerativas fazendo parte do caso.

Diante do diagnóstico, foi feita uma série de ampôlas de Glucantine para verificar o comportamento das duas lesões à ação específica do medicamento contra as leishmânias. Constatou-se que sòmente as lesões crostosas do joelho regrediram bastante, não sofrendo as lesões perianais nenhuma involução. Um tratamento penicilínico feito antes da Glucantine, também não agiu sôbre ambas as lesões.

O paciente foi submetido à radioterapia.

Bibliografia Dermatológica Brasileira

— Manifestações palmo-plantares da framboésia. Joaquim Mota. Hospital, Rio de Janeiro, 39:465 (abr.), 1951.

— Estudo comparativo das reações de Wassermann, Kahn e Kline. Egidio Russo. Hospital, Rio de Janeiro, 39:491 (abr.), 1951.

— Resultados terapêuticos em 50 casos de neuro-sífilis. H. M. Canelas. Arq. neuro-psiquiat., São Paulo, 9:21 (mar.), 1951.

— A importância da punção ganglionar no diagnóstico da lepra: contribuição ao seu estudo. L. M. Bechelli. Arq. do Serviço Nacional de Lepra, 6:5 (dez.), 1948.

— V Congresso Internacional de Lepra, realizado em Havana (abr., 1948). Relatório. Ernani Agricola. Arq. do Serviço Nacional de Iepra, 6:101 (dez.), 1948.

— Aureomicina na sífilis primária e cancro mole. Jarbas A. Pôrto. Bol. hosp. serv. do Estado, 3:45 (fev.), 1951.

— Penicilinoterapia em neuro-sífilis. Deusdedit Araújo. Cultura méd., 11:17, 1949-1950.

— O tratamento da sífilis da gestante. J. Martins de Barros. Maternidade e Infância, 10:224 (jul.-dez.), 1950.

— O problema das micoses pulmonares. Blastomicose sul-americana, paracoccidioidose ou granulomatose paracoccidióidica, em sua forma pulmonar primitiva. Leveduroses pulmonares. Floriano de Almeida, E. L. Monteiro, Celso Brandão e R. A. Moura. Rev. paulista de med., 38:571 (maio), 1951.

— Tratamento da sífilis pela penicilina. V. Zamitti Mammana e Manoel T. Hidal. Arq. de hig. e saúde públ., São Paulo, 15:35 (mar.), 1950.

— Ação da cloromicetina e da di-hidro-estreptomicina na framboésia trópica. F. Nery Guimarães. Hospital, Rio de Janeiro, 39:631 (maio), 1951.

— Fissura anal. Rafael Rocha. Hospital, Rio de Janeiro, 35:695 (maio), 1951.

— A terapêutica tópica com os novos medicamentos. Das suas inconveniências e da necessidade da determinação do poder sensibilizante dêsses medicamentos. R. D. Azulay e A. Oliveira Lima. O Hospital, Rio de Janeiro, 40:433 (set.), 1951.

— Comentários ao artigo especial do Prof. H. Portugal intitulado "Notas à margem de uma publicação: Caso de lepra aguda maligna, com infecção do cônjuge em três meses de vida matrimonial, pelo Dr. H. C. de Souza Araújo — Mem. do Inst. Oswaldo Cruz, 48:51 1950". Jorge P. Guimarães. An. brasil. de dermat. e sif., 26:133 (set.), 1951.

— Dermatite produzida por extrato de folhas de figueira (Ficus Carica). Tancredo Alves Furtado. An. brasil. de dermat. e sif., 26:121 (set.), 1951.

Nesta lista bibliográfica são incluidos os trabalhos sôbre dérmato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais por nós recebidos.

— Dermatite simétrica dismenorréica. Osvaldo G. Costa. An. brasil. de dermat. e sif., 26:129 (set.), 1951.
— Modifications morphologiques du bacille de Hansen, observées au cours des traitements antilépreux. R. Chaussinand. Rev. brasil. de leprol., 19:1 (mar.), 1951.
— Inoculation du bacille de Hansen et du bacille de Stefansky a la perche Arc-en-ciel ("Eupomotis Gibbosus") — note preliminaire. R. Chaussinand e P. Besse. Rev. brasil. de leprol., 19:4 (mar.), 1951.
— Da relação imunobiológica entre tuberculose e lepra — IV — A leprominoreação em crianças vacinadas um ano antes com BCG, descendentes de doentes de lepra. Dissociação entre alergia tuberculínica e reação de Mitsuda. José Rosemberg, Nelson Souza Campos e Jamil N. Aun. Rev. brasil. de leprol., 19:8 (mar.), 1951.
— Da relação imunobiológica entre tuberculose e lepra — V — Tempo de positivação da reação de Mitsuda após a introdução simultânea de BCG por via oral e de lepromina por via intradérmica. José Rosemberg, N. Sousa Campos e Jamil N. Aun. Rev. brasil. de leprol., 19:19 (mar.), 1951.
— Estudos electroforéticos nas diversas formas clínicas da lepra. Gunter Hoxter, Luis Batista e L. L. Vellini. Rev. brasil. de leprol., 19:27 (mar.), 1951.
— A profilaxia da neuro-sífilis nos centros de saúde da capital. Harry B. Diniz e Antônio Bei, Seara Médica, 6:253 (jan.-mar.), 1951.
— Leishmaniose experimental. F. Nery Guimarães. Hospital, Rio de Janeiro, 40:25 (jul.), 1951.
— Considerações sôbre a blastomicose sul-americana em sua forma queloideana. Floriano de Almeida. Rev. Inst. Adolfo Lutz, 10:31, 1950.
— Saprofitismo do microsporum canis em gatos. Floriano de Almeida, A. Carvalho da Silva, C. Haberbeck Brandão, E. Lemos Monteiro e R. Almeida Moura. Rev. Inst. Adolfo Lutz, 10:49, 1950.
— Conjunto alanto-corial no estudo de agentes infecciosos. I — Obtenção experimental da granulomatose paracoccidióidica (Blastomicose sul-americana) em ovos embrionados. Elias L. Monteiro, Floriano de Almeida, R. de Almeida Moura. Rev. Inst. Adolfo Lutz, 10:57, 1950.
— Provas laboratoriais em dois casos de bouba. Forma circular do treponema pertenue. L. de Sales Gomes. Rev. Inst. Adolfo Lutz, 10:67, 1950.
— Breve comentário sôbre o interessante caso de leishmaniose cutâneo-mucosa observado em Irupana (Bolivia). Luis de Sales Gomes. Rev. Inst. Adolfo Lutz, 9:137, 1949.
— Método fácil e rápido para coloração de treponema. Luis Sales Gomes. Rev. Inst. Adolfo Lutz. 9:143, 1949.
— Blefaro — conjuntivite alérgica. Artur Borges Dias. Rev. méd. da Aeronáutica, 3:288, 1951.
— Importância dos censos sorológicos anuais nas coletividades militares. B. I. Barbosa. Rev. méd. da Aeronáutica, 3:291, 1951.
— Blastomicose do sistema nervoso. H. M. Caneas, F. P. Lima, J. M. T. Bittencourt, R. P. Araújo e Abraão Anghinan. Arq. neuro-psiquiat., São Paulo, 9:203 (set.), 1951.
— Associação de cirrose hepática, diabetes mellitus e melanose simulando hemocromatose. J. P. Godói D'Alambert, José B. Magaldi, A. M. Fiorillo, Cacilda C. dos Santos. Rev. méd. e cir. de São Paulo, 11:289 (jun.), 1951.
— Pelagra. Ruben Ramirz Pane. Brasil-méd., 65:213 (2 e 9 jun.), 1951.

Análises

MANIFESTAÇÕES PALMO-PLANTARES DA FRAMBOÉSIA. JOAQUIM MOTA. *O Hospital*, Rio de Janeiro, 39: 466 (abr.), 1951.

O A. considera que as manifestações cutâneas da framboésia — framboesomas e framboesides, — descritas pelos antigos autores, devem ser reajustadas a novas pesquisas no que tange às eflorescências palmo-plantares. Lembra a aceitação de uma fase terciária cutânea com lesões de tipo avançado, mas que devem ser distintas em paralelo com o que se conhece da sífilis. Admite a existência de lesões generalizadas e superficiais, correspondendo ao secundarismo sifilítico e, em contraposição, lesões regionais e destrutivas comparáveis às da lues terciária.

Faz uma descrição detalhada dessas eflorescências, embora baseado em um número restrito de casos. Historia os autores antigos que descreveram os "cravos boubáticos" e cita os trabalhos nacionais contemporâneos de Terra, Silva Araújo, J. Lobo e W. Miranda, que relatam as formas hiperceratósicas, papiloma plantar, pápulas córneas. Descreve os aspectos das sifílides palmo-plantares numa forçosa aproximação com as manifestações cutâneas da framboésia, em considerando os fenômenos de imunidade e alergia que devem ser os mesmos a regular ambas as treponemoses. Conclui que os aspectos multiformes que revestem as sifílides palmo-plantares são equivalentes às lesões boubáticas polimorfas, que também variam de fisionomia conforme a idade da infecção. Cita as mais precoces das erupções: manchas eritematosas, lenticulares, escuras esparsas ou confluentes, comumente um pouco infiltradas, fazendo ligeiro relêvo bombeado; e frambesomas muriformes, idênticos ao da erupção secundária do resto do tegumento e classifica 4 tipos: Ceratodermia pontuada, ceratodermia difusa superficial e escamosa, ceratodermia com hiperceratose acentuada e ragadias e ceratodermia circunscrita. As descrições são acompanhadas de numerosas fotografias e termina o trabalho citando a forma pitiriásica descrita por S. Araújo e as discromias residuais que seguem a involução de certos frambesomas.

HEITOR DE O. CUNHA

LEISHMANIOSE EXPERIMENTAL. III. A) COMPORTAMENTO DA "L. BRASILIENSIS" EM CAMUNDONGOS (MUS MUSCULUS, VAR. ALBINA). B) INFECÇÕES LIGEIRAS EM "COTTON-RATS" (SIGMODUM HISPIDUS HISPIDUS). C) ANIMAIS REFRATARIOS. F. NERY GUIMARÃES. *O Hospital*, Rio de Janeiro, 40: 153 (ag.), 1951.

Quatro amostras de L. brasiliensis inoculadas em camundongos brancos, determinaram infecções generalizadas, as quais não eram, todavia, tão intensas e graves como as descritas anteriormente para os hamsters. As lesões mais características nos camundongos eram as do testículo (vaginal) e principalmente

as do coração, cujas lesões só podiam ser separadas daquelas produzidas pela tripanosomíase americana, pela localização das leishmanias, sempre fora das fibras cardíacas.

De 32 camundongos inoculados no peritôneo, 14 foram positivos ou seja 13,4 %; e de 25 injetados sub-cutâneamente, 8 foram positivos ou seja, 36 %. Não foi observada nenhuma lesão no ponto de inoculação. As leishmanias injetadas se comportaram como as espécies viscerais. Por ordem decrescente de positividade, foram os seguintes os órgãos infectados: testículo, fígado, intestino, coração, medula óssea, baço, pulmão, músculo esquelético, pele e rim.

De 2 camundongos inoculados com culturas recentemente isoladas, um foi positivo. Camundongos negros e agoutis também se mostraram sensíveis.

De 8 "cotton-rats" (Sigmodum hispidus hispidus) inoculados com material direto (órgãos infectados), apenas 2 foram positivos, desenvolvendo infecções ligeiras, com raras leishmanias nas vísceras; e de 4 injetados com culturas recentes, todos foram negativos.

Mostraram-se refratários às inoculações das amostras de L. brasiliensis empregadas, os seguintes animais: Canis domiciliares, Canis brasiliensis, Cavia aperea, Dasyprocta agouti, Nasua socialis, Macaca mullata, Didelphis marsupialis, Metachirus nudicaudatus, Nectomys squamipes, Proechimys dimidatus, Akodon arvicularis e Oxymycterus sp.

Resumo do autor.

A TERAPÊUTICA TÓPICA COM OS NOVOS MEDICAMENTOS. DAS SUAS INCONVENIÊNCIAS E DA NECESSIDADE DA DETERMINAÇÃO DO PODER SENSIBILIZANTE DÊSSES MEDICAMENTOS. R. D. AZULAY e A. OLIVEIRA LIMA. *O Hospital*, Rio de Janeiro, 40: 433 (set.), 1951.

Nêste trabalho os A.A. chamam a atenção para os seguintes pontos:

1) O alto índice sensibilizante dos medicamentos quando a aplicação se faz em uso externo, devido a grande sensibilidade reactógena do parênquima cutâneo (epiderme e corion papilar).

2.º) O uso e abuso dos novos medicamentos, sobretudo dos antibióticos, de modo a sensibilizar grande parte da população, que assim fica impedida de poder se beneficiar com os mesmos, quando realmente houver uma indicação formal.

3.º) O exemplo das sulfas em uso tópico é muito ilustrativo; na sua prática clínica os A.A. vêem com frequência casos de eczema e eritrodermia provocados pelo abuso do uso das sulfas, em uso externo, por grande parte dos nossos clínicos e cirurgiões.

4.º) Condena-se o uso da sulfa localmente por ser nociva e chama-se a atenção para o Serviço de Fiscalização da Medicina no sentido de proibir a fabricação de preparados para uso tópico à base de sulfas, infelizmente numerosíssimos entre nós.

5.º) A história repete-se — já começam a ser observados com certa frequência casos de sensibilização aos nossos antibióticos em consequência ao uso local dos mesmos.

6.º) Propõe-se que seja determinado prèviamente o índice sensibilizante dos novos e futuros medicamentos a fim de que sejam evitados, em uso tópico, aqueles que sejam relativamente muito sensibilizantes.

7.º) Procurou-se estudar experimentalmente o índice sensibilizante da aureomicina em uso externo; a técnica usada foi: 3 vêzes por semana foi friccionada, sôbre a pele da côxa direita, durante 1 minuto uma pomada com 3 % de cloridrato de aureomicina. Como contrôle, na côxa esquerda foi usada a parafenilenodiamina a 10 %.

Dos 42 indivíduos normais que estiveram sob o nosso contrôle até o fim da experiência (1 mês) nenhum reagiu à aureomicina enquanto que 5 (20 %) reagiram à parafenilenodiamina.

A ausência de reação à aureomicina vem confirmar as observações do grupo de Sulzberger (3); há necessidade, entretanto, de uma maior experiência para que se possa concluir pela nula ou fraca capacidade sensibilizante da aureomicina.

8.º) Concluindo, os A.A. aconselham: a) evitar-se o uso tópico dos novos antibióticos, mesmo porque, apenas, haveria indicações do seu uso em poucas dermatoses, que por sinal respondem bem aos outros medicamentos de ação local (óxido amarelo de mercúrio, ácido bórico, bacitracina, nitrofuranas, tirotricina, etc.); em casos excepcionais, poder-se-ia empregá-los em uso tópico porem, usando-se de preferência aquêles que tivessem menor índice de sensibilização, prèviamente determinado, conforme propõem os A.A.

Resumo dos autores.

INFECÇÃO DO HAMSTER (CRICETUS AURATUS-WATERHOUSE) PELO AGENTE DA MICOSE DE LUTZ (BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA). F. NERY GUIMARÃES. *Hospital,* Rio de Janeiro 40:515 (out.), 1951.

Foram inoculados, por via testicular, com material colhido por biópsia numa lesão labial de micose de Lutz, 6 hamsters, dos quais um morreu precocemente, não sendo examinado. Os 5 restantes, mortos e sacrificados entre 190 e 239 dias de inoculação, revelaram a presença do Paracoccidioides brasiliensis em quasi tôdas as vísceras tóraco-abdominais, além dos testículos e, dêstes, não sòmente os inoculados, como também os outros, não injetados.

Sempre foram comprometidos os seguintes órgãos, alistados em ordem decrescente de intensidade: testículos, fígado, gânglios, baço, pulmões e intestinos. Acidentalmente, encontraram-se parasitas no interior de vasos e do coração, e nos rins.

A. PADILHA GONÇALVES

SESSENTA E DOIS CASOS DE "MOLLUSCUM CONTAGIOSUM" EM UM INTERNATO. ENSAIOS TERAPÊUTICOS PELAS SULFONAMIDAS, PODOFILINA E AUREOMICINA. A. TANISA. *Gazeta méd. portuguêsa,* 4: 77, 1951.

Sessenta e dois casos de molusco contagioso foram observados em crianças de um internato de Lisboa. O autor assinala como um dos fatores que contribuiram para tal disseminação, a umidade cutânea após a higiene matinal, feita em comum seguida de enxugamento pelas toalhas.

Em mais de 50 % dos casos as lesões se assestavam na face. Num doente localizavam-se no couro cabeludo.

Tôdas as tentativas terapêuticas com sulfonamidas "per os" (5 casos) e tòpicamente, com podofilina (1 caso) e com a aureomicina (6 casos) foram inúteis.

A curetagem provou ser o melhor método de tratamento.

A. PADILHA GONÇALVES.

HIPERVITAMINOSE A. RELATO DE UM CASO NUM ADULTO (HYPERVITAMINOSIS A. REPORT OF A CASE IN AN ADULT). MARION B. SULZBERGER e PAUL LAZAR. *J.A.M.A.*, 146:788 (30-jun.), 1951.

E' relatado um interessante caso de hipervitaminose A, ocorrido num adulto, e tecidos comentários a respeito da hipervitaminose A, de um modo geral, e da interpretação dos sintomas do caso estudado.

Trata-se de uma mulher, branca, com 44 anos de idade, que vinha tomando ininterruptamente vitamina A em dose diária que variava de 600.000 a

2.000.000 de unidades havia 18 meses. A sintomatologia apresentada era a seguinte: suores noturnos, diminuição do período menstrual, dores ósseas e articulares, ardor, fissuração e descamação nos cantos da boca e azas do nariz, prurido generalizado com pele seca, áspera e descamativa, queda do cabelo que se apresentava mais fino, queda das sobrancelhas, pestanas, pêlos axilares, pêlos pubeanos e da lanugem, exoftalmia, na face e pescoço manchas pigmentares cloasmiformes assemelhando-se à melanose de Riehl, pápulas foliculares e hiperqueratose folicular nos membros, na face lesões papulosas acneiformes e milium, unhas das mãos moles, quebradiças — onicorexis.

A única orientação terapêutica seguida foi a supressão da vitamina A (inclusive com a restrição dos alimentos ricos nesta vitamina). Com isso a situação foi aos poucos se normalizando, com o desaparecimento total de quasi tôdas as alterações citadas e, 4 meses depois, só se notava ainda certa diminuição dos cabelos, pigmentação residual das lesões cloasmiformes, e a exoftalmia, a qual não sofreu alteração.

Os autores discutem a patogenia e a interpretação etiológica das manifestações encontradas e chamam especial atenção para o fato do quadro clínico dêste caso de hipervitaminose A (provàvelmente o primeiro relatado num adulto) apresentar vários aspectos diferentes do que se vê nas crianças e ainda, por outro lado, assemelhar-se em certos pontos à hipovitaminose A e ao hipotiroidismo.

A. Padilha Gonçalves.

DOSAGEM DOS 17 — CETOESTERÓIDES NA ACNE JUVENIL POLIMORFA (DOSAJE DE LOS 17 — CETOESTEROIDES EN EL ACNE JUVENIL POLIMORFO) Marcial I. Quiroga, Agustin Marenzi e Rodolfo Nestor Corti. *Rev. argent. dermatosif.*, 34:249 (jul.-dez.), 1950.

Os autores estudam a dosagem dos 17 — cetoesteróides em 26 casos, obtendo cifras que excedem ao normal em 100 % dos casos.

Empregam a técnica colorimétrica de Marenzi. A cifra média normal é de 7,11 miligramos de di-hidro-iso-androsterona com uma variabilidade compreendida entre 4 e 10. A dosagem se pratica sôbre o volume de urina emitido em 24 horas.

Os autores consideram que estes resultados confirmam a presunção clínica que mantinham desde muito tempo os especialistas com respeito à terapêutica hormonal na acne.

Resumo dos autores.

INVESTIGAÇAO DERMATOLÓGICA (INVESTIGATION DERMATOLOGICA). Marcial I. Quiroga, Carlos F. Guillot, Rodolfo Corti e Eugênio Follmam. Editor El Ateneo, Buenos Aires, 1951.

A obra apresenta um interessante conjunto de trabalhos dermatológicos investigativos, realizados na cadeira de Clínica Dérmato-Sifilográfica de Buenos Aires, sob a direção suprema do Prof. Quiroga.

A primeira parte é dedicada a estudos relativos à melamina e, após um breve apanhado sôbre a mesma, são relatadas várias experiências feitas com o vitiligo, com fins de estudo da patogenia e da terapêutica dessa doença. Incluídos ainda nesta primeira parte encontra-se um trabalho sôbre granuloma causado pela dopaoxidada e outro sôbre espectrofotometria de substâncias antiactínicas.

A segunda parte é reservada às investigações sôbre a histamina e eczemas. É estudada a histamina da pele normal e na eczema, as lipases da pele normal e da pele leprosa, e a fosfatase alcalina no folículo piloso.

Na terceira parte há 2 grupos distintos de investigações. O primeiro, sôbre a respiração cutânea, tanto da pele normal como na eczema experimental e no hipertiroidismo experimental, sendo encaradas ainda as relações da respiração cutânea com a dieta de Kempner e da eczema experimental com a histamina. O segundo grupo é constituído por trabalhos sôbre os 17-cetoesteróides em dermatologia, sendo verificada a eliminação normal e com sobrecarga androgênica, a sua dosagem na eczema juvenil e na eczema com exacerbação durante a síndrome de tensão pré-menstrual.

O livro tem boa organização, sendo a matéria nêle contida bem apresentada e bem distribuída. As citações bibliográficas são corretamente elaboradas e cada estudo é acompanhado de resumos em castelhano, francês, inglês e alemão.

A. PADILHA GONÇALVES

Notícias e Comentários

EDITORIAL

Em meio a demonstrações de regosijo, defluiu neste fim de ano um acontecimento de real transcendência no âmbito médico: o jubileu de Joaquim Mota. Fazem justamente 25 anos que o jovem dermatologista de então via abrirem-se-lhe as portas do magistério, através do memorável concurso de docência livre em que patenteou as suas qualidades de cientista estudioso e inteligente.

Os Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia, que muito lhe devem, mòrmente quando o tiveram longo tempo por Secretário, desvanecem-se de abrir espaço em suas colunas para exaltar-lhe a personalidade. Aliás, falar bem de Joaquim Mota é tarefa simples. Basta a enumeração de seus títulos científicos para ornar-lhe de benemerências a figura. Aluno laureado da Faculdade Nacional de Medicina, onde foi interno de Miguel Couto; assistente e chefe de clínica do Prof. Eduardo Rabelo; médico do Serviço de Saúde do Exército; inspetor sanitário do Departamento Nacional de Saúde; chefe do Serviço de Lepra e Doenças Venéreas; delegado brasileiro junto ao Comité de Higiene da Liga das Nações em Genebra; presidente, mais de uma vez, da Sociedade Brasileira de Dermatologia; presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia; membro titular da Academia Nacional de Medicina; assistente técnico e diretor da Fundação Gaffrée-Guinle; idealizador e diretor dos Cursos de Especialização para médicos da Reserva do Exército, o que lhe valeu a outorga da Medalha de Guerra; delegado oficial do Brasil na Conferência Internacional de Lepra em Havana e no Congresso de Doenças Tropicais em Washington; organizador e presidente da I Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis — nem sabemos o que lhe falta haver sido no setor profissional abraçado.

Contam-se-lhe a mancheias os trabalhos vindos a lume concernentes à Dermatologia e à Sifilografia, especialidades que lhe devem grande alento entre nós. Entre êsses, não é demais ressaltar a monografia com que ingressou na Academia Nacional de Medicina e a tese de concurso para docência livre. "Aspectos e sintomas da lepra dissimulada" e "Leucoceratose" são hoje obras clássicas na literatura médica pátria.

Além de catedrático na Faculdade de Ciências Médicas e docente livre na Faculdade Nacional de Medicina, é membro de uma série de institutos científicos nacionais e estrangeiros, nos quais se incluem as sociedades dermatológicas de Caracas, Buenos Aires, Santiago do Chile, Havana, Madrid, Lisboa, Roma e Paris. Seu ilibado conceito profissional ensejou-lhe renome evidente, no país e no estrangeiro, e propicia-lhe uma das maiores clientelas da cidade.

Para coroar-lhe o jubileu, os doutorandos de 1951 da Faculdade de Ciências Médicas elegeram-no com justiça paraninfo.

Em completando 25 anos de magistério ininterrupto, pode Joaquim Mota descortinar no pináculo da carreira o que deixou após si: uma legião de discípulos, dos quais os doutos ensinamentos fizeram clínicos prestadios. E sentir na plenitude o que, por seu esfôrço e inteligência, logrou ser no consenso geral: o cientista ilustre, o mestre proficiente e o clínico perspicaz.

Em sua oração de paraninfo em 1935, na vetusta Faculdade de Medicina da Bahia, Martagão Gesteira estereotipou em três as fases na existência do médico: a em que êle quer, e ninguém o quer; a em que êle quer, e todos o querem; e a em que êle mais não quer, e todos ainda o querem. A Joaquim Mota, que de há muito se mantém na segunda fase, nós todos fazemos um apêlo, do imo do coração: perdure querendo, que a ninguém jamais ocorrerá o deixar de querê-lo. Da sua cultura e inteligência espera ainda beneficiar-se pelo tempo em fora a Dermatologia.

PERILO PEIXOTO.

VIII Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros

Realizou-se na cidade de Poços de Caldas (Estado de Minas Gerais), com a presença de mais de 50 especialistas brasileiros, e um da Argentina, — o Prof. F. Noussitou, — a VIII Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, para o estudo dos seguintes temas: *a*) dermatoses profissionais; *b*) eritrodermias; *c*) hemossideroses.

Realizada sob os auspícios da Secção de Minas Gerais da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, o referido certame se processou sob a direção de uma Comissão Organizadora, instituida em Poços de Caldas, sob a presidência do Dr. Elíziano Junqueira e secretariada pelo Dr. Benedictus Mário Mourão. Foram presidentes de honra da Reunião os Drs. Martinho de Freitas Mourão, prefeito municipal, e Oscavo de Faria Lobato, diretor da Imprensa Oficial de Minas Gerais.

Às 11 hs. do dia 23, domingo, foi realizada a "I Prova Poços de Caldas" (revoada de pombos-correio). Às 14 hs. dêsse mesmo dia, teve lugar a sessão preparatória, e, às 21 hs., a sessão solene de instalação, a qual se realizou no Cassino da Urca, local, tendo a presidí-la o Dr. Mário Hugo Ladeira, Secretário de Saúde e Assistência Social do Estado, representando o respectivo Governador. Nessa ocasião usaram da palavra vários oradores, entre os quais o Dr. Demétrio Peryassú, presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, que, ao início da sessão, falou sôbre as finalidades do certame, e, ao fim, para declarar inaugurada a exposição de produtos farmacêuticos e industriais, organizada num dos recintos do aludido Cassino.

Na segunda-feira, dia 24, foram realizadas duas sessões plenárias, sendo a primeira às 8,30 hs., e a segunda às 14 hs., ambas sôbre o tema dermatoses profissionais. Às 17 hs. teve lugar um "cock-tail", oferecido aos congressistas pelo Laboratório Endoquímica, e, às 20,30 hs., foi realizado, por colaboração da Sociedade de Cultura e Arte de Poços de Caldas, concêrto do Instituto Musical "Dr. Gomes Cardim" de Campinas, constando de números de piano, violino e canto.

Na terça-feira, dia 25, realizaram-se mais duas sessões plenárias, às 8,30 e 14 hs., destinadas, a primeira, ao tema eritrodermias, e, a segunda, ao tema hemossideroses. Às 17 hs. foi oferecido um "cock-tail", pelos Serviços Termais de Poços de Caldas, seguindo-se visita às Termas Antônio Carlos. Às 20,30 hs., foi promovido recital de piano, sob os auspícios da Sociedade de Cultura e Artes de Poços de Caldas.

As 8,30 hs. de quarta-feira, dia 26, realizou-se a quinta e última sessão plenária, destinada às conclusões gerais e escolha de temas para a IX Reunião.

À tarde dêsse dia teve lugar, no Country Clube local, um churrasco, ao fim do qual falaram os Drs. Peryassú e Oscavo Lobato, e os Profs. F. Noussitou, da Argentina, e F. E. Rabelo, do Rio de Janeiro.

Às 21 hs., teve lugar, também no Cassino da Urca, a sessão de encerramento, ocasião em que discursaram vários oradores, todos louvando o êxito alcançado pelo certame, e, principalmente, a organização da Reunião, pelo que foi proposta moção de aplauso ao Dr. Benedictus Mário Mourão. Em seguida, houve uma exibição de filmes científicos, realizando-se logo após um baile, que teve a abrilhantá-lo a presença de festejados artistas do rádio.

Sôbre os temas debatidos na VIII Reunião, foram apresentados 28 trabalhos, sendo 11 sôbre o primeiro tema, 5 sôbre o segundo, e 12 sôbre o terceiro. Enfeixados em livro, êsses trabalhos serão oportunamente publicados pela Secção de Minas Gerais da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, com a colaboração da Imprensa Oficial do Estado.

IX Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros

Conforme deliberação adotada ao término da VIII Reunião Anual de que damos a notícia supra, o IX de tais certames será realizado na cidade de São Paulo, para o estudo dos seguintes temas:

a) Pele e reumatismo (as denominadas colagenoses);
b) Farmacodermias; e
c) Reticulo-endotelioses cutâneas.

Simpósio internacional sôbre o contrôle da framboésia

Será realizado de 14 a 22 de março de 1952, em Bangkok, na Tailândia, um Simpósio Internacional sôbre o Contrôle da Framboésia, sob os auspícios da World Health Organization (W. H. O.) em colaboração com o Govêrno da Tailândia.

Na semana seguinte ao simpósio, serão efetuados um Seminário de Treino e uma Demonstração Rural, utilizando-se o pessoal do Contrôle da Framboésia da W. H. O. nesse país.

O Simpósio, que será o primeiro desta espécie, constituirá um importante marco no contrôle da doença em causa, que perturba a saúde e o desenvolvimento econômico de milhões de pessoas nos países tropicais menos favorecidos. Todos aquêles interessados no contrôle da framboésia são cordialmente convidados a comparecer.

Do programa consta a apresentação de trabalhos e a discussão em sessões plenárias de todos os aspectos do contrôle moderno da framboésia, inclusive recentes progressos na biologia da doença, a terapêutica antibiótica, a natureza e a extensão do problema e o desenvolvimento e a atividade dos programas de contrôle da framboésia. Exemplares do programa geral poderão ser obtidos a partir de 1 de fevereiro de 1952. O pedido dêsses programas deverá ser endereçado ao Dr. Frank W. Reynolds, World Health Organization, Palais des Nations, Genebra, Suiça. Pedidos de informações podem ser dirigidos a qualquer escritório regional da W. H .O. ou à sede da W. H. O. em Genebra.

Instalação da VIII Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros

Participantes da VIII Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros

"Archivos Argentinos de Dermatologia"

Apraz-nos registrar o aparecimento do primeiro número dessa nova revista dermatológica, a ser publicada trimestralmente.

Os professôres Pierini, Facio, Carrera, Kaminsky e Borba integram o comité de direção do novo periódico, cujo número inicial, bem impresso e òtimamente ilustrado, contém, além de amplo noticiário sôbre a especialidade e de uma parte bibliográfica, os seguintes artigos originais: Pierini & Borba — Pseudo-pelada e líquen plano; Carrera — Dermo-epidermites microbianas de caráter profissional; Kaminsky, Bosq & Sevinsky — Granuloma eosinófilo; e Ugazio & Brandes — Leiomyoma cutis.

Fazendo êste registro, auguramos próspero e proveitoso porvir à nova publicação especializada, cuja direção, em Buenos Aires, é: Cangallo, 2.391.

Cursos

CURSOS ORGANIZADOS PELO DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA DA ASSOCIAÇAO PAULISTA DE MEDICINA NO SEGUNDO SEMESTRE DE 1951.

I — *Curso de dermatologia*

Foi ministrado um curso de dermatologia para médicos não especialistas, visando, principalmente, a orientação dermatológica do médico do interior.

O curso foi iniciado no dia 6 de agôsto e terminou a 25 do mesmo mês, tendo tido uma frequência bastante apreciável.

As aulas foram ministradas na Clínica Dermatológica e Sifilográfica do Prof. Aguiar Pupo, no Hospital das Clínicas, e os diversos temas do curso foram abordados por vários especialistas.

II — *Curso de histopatologia da pele*

Teve início no dia 31 de agôsto o curso de histopatologia da pele, a cargo do Prof. Luís Carlos Uchôa Junqueira, e dos Drs. Fernando L. Alayon e Paulo Rath Souza.

No curso em causa, para o qual foi prevista a duração de três meses, com aulas bi-semanais no Departamento de Histologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, inscreveu-se um número de candidatos que ultrapassou tôdas as expectativas, tendo ao mesmo comparecido inclusive médicos de cidades vizinhas da capital.

Índice da matéria do vol. 26 (*)

---

* ARTIGOS ORIGINAIS E NOTAS CLÍNICAS.
Comunicações a Soc. Brasil. de Dermat. e Sif.
Resumos.

PÁGS.

PÁGS.

PÁGS.

Índice de autores do Vol. 26

PÁGS.

Fuz!
ESTAFILOCOCOS...
FURUNCULOSE
ANTÍGENO ESPECÍFICO CURATIVO
Estafilóide
ANATOXINA
ESTAFILOCÓCICA
Erg
TELEFONE 42-0201
CAIXA POSTAL 2924
RIO DE JANEIRO
ESPINHAS
MASTOIDITE
OSTEOMIELITE
supurações
em geral

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, os quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 120,00, para o Brasil, e Cr$ 140,00, para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 35,00 na época, e de Cr$ 40,00, quando atrazado.

Tôda a correspondência, concernente tanto a publicações como a assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao encarregado geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefone: 32-1347).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, consequentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser datilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês ou dia e mês, se o periódico for semanal, e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo dos mesmos.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes bem como as que forem coloridas correrão por conta dos autores, que serão consultados a respeito. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

A abreviação bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 26 (1951) — N. 4 (Dezembro)

TRABALHOS ORIGINAIS:

JORNAL DO COMMERCIO - Rodrigues & C. - Av. Rio Branco, 117 - Rio de Janeiro - 1951